



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Попова Екатерина Александровна

Выпускная квалификационная работа

*Доступ мигрантов из Средней Азии к услугам здравоохранения в России как
элемент социальной инклюзии и интеграции*

Уровень образования:

Направление **39.04.01 «Социология»**

Основная образовательная программа магистратуры

ВМ.5589.2017 «Социология»

Профиль «Современные методы и технологии в изучении социальных проблем
общества»

Научный руководитель:
доцент кафедры прикладной и
отраслевой социологии,
доктор социологических наук
В.И.Дудина

Рецензент:
кандидат социологических наук, доцент,
ФГАОУ ВО «Санкт-Петербургский
Политехнический университет Петра Великого»
Е.Г. Поздеева

Санкт-Петербург

2019

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ МИГРАНТОВ В КОНТЕКСТЕ ПРОЦЕССОВ ИНТЕГРАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ ИНКЛЮЗИИ.....	13
1.1. Миграция и здоровье: обзор существующих данных.....	13
1.2. Теоретико-методологические основания исследования доступа мигрантов к медицинским услугам в контексте социальной инклюзии и интеграции.....	26
1.3. Здоровье мигрантов и доступ к медицинским услугам: обзор исследований.....	53
ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ ДОСТУПА ИММИГРАНТОВ К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ.....	74
2.1. Правовое положение мигрантов в России.....	74
2.2. Эмпирическое исследование доступа мигрантов к медицинским услугам в Санкт-Петербурге: программа и результаты.....	85
2.2.1. Программа социологического исследования.....	85
2.2.2. Сбор данных и выборка.....	87
2.2.3. Основные результаты.....	90
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	130
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	133
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Концептуальная карта. Обзор исследований.....	149
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Список информантов при проведении исследования среди трудовых мигрантов из Средней Азии в Санкт-Петербурге.....	150
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Гайд полуструктурированного интервью с мигрантами.....	151
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Анкета для опроса мигрантов.....	154

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Для современного мира характерны высокая степень культурной и социальной мобильности, укрепление межкультурного взаимодействия и контактов, значительное увеличение миграционных потоков. Вопросы, связанные с миграцией и миграционной политикой, актуальны для многих современных государств. Миграционные потоки оказывают влияние на социальную структуру принимающего общества, его экономическую, демографическую, культурную и другие составляющие. Россия столкнулась с проблемой массовой миграции в начале 1990-х гг. и за это время присоединилась к ряду международных конвенций и разработала собственное миграционное законодательство. На сегодняшний день по масштабам миграции Россия занимает одно из первых мест в мире. По данным МВД в 2016 г. на территории РФ находились более 9,5 млн мигрантов.¹ Государства СНГ превалируют среди стран происхождения трудовых мигрантов, приезжающих в Россию: их доля составляет около 3/4 всей миграции. Среди стран СНГ преобладает миграция из стран Средней Азии.²

На успешность интеграции мигрантов влияет их способность к адаптации и социализации в новых условиях. Однако для значительной части мигрантов, прибывающих в Россию, характерен невысокий уровень образования и владения русским языком, снижается уровень их профессиональной подготовки. Согласно некоторым опросам, примерно половина мигрантов из стран СНГ не имеет профессионального образования. Многие мигранты устраиваются на низкооплачиваемую и опасную работу. Наблюдается сдвиг этой социальной группы к бедной части социального спектра.³ Большинство иммигрантов имеют

¹ Сводка основных показателей деятельности по миграционной ситуации в Российской Федерации за 2016 год // МВД России. URL: <https://xn--b1aew.xn--p1ai/Deljatelnost/statistics/migracionnaya/item/9266550>. (05.12.2017)

² По данным статс-секретаря – первого заместителя руководителя ФМС России Екатерины Егоровой // Официальный сайт ФМС России. URL: http://www.fms.gov.ru/press/news/news_detail.php?ID=54108. (27.12.2014)

³ С. 5. Женщины-мигранты из стран СНГ в России / Е.В. Тюрюканова (ред.), Ж.А. Зайончковская, Л.Б. Карачурина, Н.В. Мкртчян, Д.В. Полетаев, Ю.Ф. Флоринская / под ред. Е.В.Тюрюкановой. М.: МАКС Пресс, 2011.

низкий социально-экономический статус, что имеет следствием их ограниченный доступ к социальной инфраструктуре и социальным гарантиям. Это повышает уязвимость данной группы в отношении здоровья.

Здоровье является важным фактором социальной инклюзии и интеграции мигрантов и, как следствие, увеличения их экономического и социального вклада в общество. Проблемы со здоровьем могут создать непреодолимые барьеры для участия в социальной жизни. Важной задачей для России как государства, принимающего значительное число иммигрантов, является выработка механизмов контроля за их здоровьем, поскольку люди, прибывающие из страны с другой санитарно-эпидемиологической обстановкой, могут быть источником рисков для здоровья местного населения. В настоящее время полный учет заболеваемости мигрантов не ведется ни одной государственной службой. Медицинские организации обязаны сообщать только о выявлении заболеваний, опасных для окружающих. Помимо этого, здоровье влияет на возможности самореализации человека, а также на качество трудовых ресурсов. В итоге, решение проблем, касающихся миграции и здоровья, важно не только по этическим мотивам, связанным с неравным доступом к услугам здравоохранения, но и для предотвращения затрат со стороны общества в целом на устранение их возможных последствий. Снижение степени социальной исключённости мигрантов и развитие доступности социальных институтов повысит уровень благополучия и стабильности всего общества. Всё вышеперечисленное делает актуальным для России изучение здоровья мигрантов и их доступа к услугам здравоохранения.

Степень научной разработанности темы

Здоровье и миграция обычно рассматриваются исследователями независимо друг от друга. Связь между этими явлениями ученые начали исследовать не так давно. Исследования в этой области в основном концентрируются в двух направлениях – заболеваемость среди мигрантов и их доступ к услугам здравоохранения.

Среди ранних концепций доступа к системе здравоохранения отметим таких авторов, как Т. Парсонс⁴, Suchman⁵, Stoeckle, Zola, Davidson⁶ и т.д. В 1960-е гг. в результате социологических и социально-психологических исследований были разработаны модели убеждений в отношении здоровья⁷ (1966) и поведенческая модель Рональда М. Андерсена⁸ (1968). Последняя, претерпев несколько этапов пересмотра, является наиболее распространенной концептуальной рамкой при изучении доступа к медицинской помощи. Она используется для изучения неравенства в доступе к системе здравоохранения различных групп населения, связанного с факторами, определяющими поведение людей в системе здравоохранения.⁹

Обращаясь непосредственно к рассмотрению здоровья мигрантов и их доступа к институтам здравоохранения, можно отметить некоторых зарубежных исследователей, изучавших данную проблему. Часть исследователей обращает внимание на социокультурные барьеры в обеспечении доступа к медицинским услугам (например, Weinik, Zuvekas and Cohen¹⁰). Отмечаются также и такие барьеры, как административные сложности в медицинских учреждениях, отсутствие медицинского страхования, плохая информированность о системе здравоохранения, низкий уровень грамотности в отношении вопросов здоровья, языковой барьер, негативное отношение со стороны медицинского персонала, угроза выдачи властям мигрантов без документов и др. (например, De Vito, de

⁴ Parsons T. The Social System. New York: Free Press, 1951. 376 p.

⁵ Suchman E. A. Social patterns of illness and medical care // Journal of Health and Human Behavior. 1965. Vol.6, №1. Pp. 2-16

⁶ Stoeckle J. D., Zola I. K., Davidson G. E. On going to see the doctor, the contributions of the patient to the decision to seek medical aid: A selective review // Journal of chronic diseases. 1963. Vol.16, №9. Pp. 975-989.

⁷ Rosenstock I. M. Historical origins of the health belief model // Health education monographs. 1974. Vol. 2, №4. Pp. 328-335.

⁸ Andersen R.M. Behavioral Model of Families: Use of Health Services // Research Series. № 25. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 1968. 111 p.

⁹ Светличная Т. Г., Цыганова О. А., Борчанинова Е. Л. Медико-социологический подход к анализу потребления медицинских услуг: основные положения // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. Т.20, №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/mediko-sotsiologicheskii-podhod-k-analizu-potrebleniya-meditsinskih-uslug-osnovnyie-polozheniya>. (01.11.2018)

¹⁰ Weinik R., Zuvekas S., Cohen J. Racial and ethnic discrimination health services, 1977 to 1996 // Medical Care Research Review. 2005. №57(1). P.36-54.

Waure, Specchia, Ricciardi¹¹, Nielsen and Krasnik¹²). Интересен вопрос о том, как влияет определение правового статуса мигранта на политику в области здравоохранения в отношении мигрантов (например, Hannigan, O'Donnell, O'Keeffe, MacFarlane¹³). В качестве примера компаративного межстранового исследования можно привести исследование Cuadra¹⁴, посвященное изучению политики в отношении доступа к медицинской помощи нелегальных мигрантов в странах ЕС. Существуют работы, посвященные изучению изменений в предоставлении мигрантам услуг здравоохранения и сокращением расходов в данной сфере в связи с финансовыми трудностями отдельных стран (например, O'Donnell, Burns, Dowrick, Lionis, MacFarlane¹⁵).

Что касается исследования здоровья мигрантов и их доступа к здравоохранению в России, то работ, посвященных этой теме, немного. В рамках темы связи здоровья и миграции можно выделить несколько блоков исследований: изучение состояния здоровья мигрантов, возможных рисков для здоровья, изучение их стратегий в отношении здоровья и препятствий в использовании услуг здравоохранения, а также изучение институционально-правовой стороны в предоставлении им медицинских услуг.

Среди исследователей, чьи работы посвящены изучению состояния здоровья мигрантов в России и потенциальных рискам, можно отметить

¹¹ De Vito E., de Waure C., Specchia M.L., Ricciardi W. Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения: обзор фактических данных о состоянии здоровья недокументированных мигрантов в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (Обобщающий доклад Сети фактических данных в отношении здоровья №42). URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/292928/WHO-HEN-42-Report-A5-3-Undocumented-ru.pdf. (01.12.2017)

¹² Nielsen S., Krasnik A. Poorer Self-Perceived Health Among Migrants and Ethnic Minorities Versus the Majority Population in Europe: a Systematic Review // International Journal of Public Health. 2010. №55(5). P. 357-371.

¹³ Hannigan A., O'Donnell P., O'Keeffe M., MacFarlane A. How do variations in definitions of «migrant» and their application influence the access of migrants to health care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 46). URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/317110/HEN-synthesis-report-46.pdf?ua=1. (01.12.2017)

¹⁴ Cuadra C. B. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. // The European Journal of Public Health. 2012. №22 (2). P. 267–271.

¹⁵ O'Donnell C., Burns N., Dowrick C., Lionis C., MacFarlane A. Health-care access for migrants in Europe // Lancet. 2013. Vol. 382. №. 9890. P. 393.

Кислицыну О.А.¹⁶, Гальперина А. М., Борзунова И.В.^{17 18}, Агаджанян В.С., Зотову Н.А.¹⁹, Иванову Л.Ю.²⁰, Weine S., Бахромова М., Мирзоева А.²¹, Струина Н.Л.²² и т.д.

Аналізу доступа мигрантов к институту здравоохранения в России, их стратегий потребления медицинской помощи и существующих барьеров посвящены работы Ивановой Л.Ю.²³, Тюрюкановой Е.В., Зайончковской Ж.А., Карачуриной Л.Б., Мкртчяна Н.В., Полетаева Д.В., Флоринской Ю.Ф.²⁴, Кузнецовой И.Б., Мухарямовой Л.М., Вафиной Г.Г.²⁵, Cook L.J.²⁶, Деминцевой Е.Б., Кашницкого Д.С.²⁷ и др.

Стоит отдельно отметить несколько работ. В исследовании Кислицыной О.А.²⁸ проведен анализ различий в здоровье мигрантов и россиян, а также выявлены факторы, определяющие эти различия. В исследовании Яковлева А.А.²⁹ был проведен анализ заболеваемости инфекционными болезнями среди

¹⁶ Кислицына О.А. Моделирование различий в состоянии здоровья мигрантов и россиян // Народонаселение. 2013. №3. С. 68-81.

¹⁷ Гальперин А. М. Анализ показателей репродуктивного здоровья у женщин-мигранток из стран СНГ / А. М. Гальперин, И. В. Борзунов // Уральский медицинский журнал. Екатеринбург, 2013. № 9 (114). С. 106-109.

¹⁸ Гальперин А.М., Ножкина Н.В., Борзунов И.В. Медицинское освидетельствование трудовых мигрантов в центральной городской больнице. // Уральский Медицинский Журнал. 2012. №6. С. 109-111.

¹⁹ Агаджанян В.С., Зотова Н.А. Миграция и риски ВИЧ-инфекции: женщины - выходцы из Средней Азии в Российской Федерации // Демографическое обозрение. 2014. №2. С.85-109.

²⁰ Иванова Л.Ю. Информированность трудовых мигрантов из разных регионов об опасных инфекционных заболеваниях: ВИЧ, ИППП, туберкулез, гепатит (на материалах опроса иностранных работников в Санкт-Петербурге) // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. №4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/702/30/>. (01.12.2017)

²¹ Weine S., Bahromov M., Mirzoev A. Unprotected Tajik male migrant workers in Moscow at risk for HIV/AIDS // Journal of Immigrant & Minority Health. 2008. №10(5). P. 461-468.

²² Струин Н.Л. Региональные проблемы эпидемиологии социально значимых инфекций в связи с миграцией иностранной рабочей силы в Россию / Струин Н.Л., Перминова С.А., Арефьева Э.В., Струина Н.Н. // Здоровье населения и среда обитания. 2009. №. 7. С. 39-45.

²³ Иванова Л. Ю. Социальные риски для здоровья трудовых мигрантов // Вестник Института социологии. 2013. № 6. С. 130-145.

²⁴ Женщины-мигранты из стран СНГ в России / Е.В. Тюрюканова (ред.), Ж.А. Зайончковская, Л.Б. Карачурина, Н.В. Мкртчян, Д.В. Полетаев, Ю.Ф. Флоринская. М.: МАКС Пресс, 2011. 119 с.

²⁵ Мухарямова Л.М., Кузнецова И.Б., Вафина Г.Г. Больной, пациент, клиент: позиции трудового мигранта в российской системе здравоохранения (на примере республики Татарстан) // Вестник современной клинической медицины. 2014. №1. С.43-49.

²⁶ Cook L.J. Tajik Labor Migrants to Russia: Their Access to Health and Welfare Services URL: http://russianmodernisation.fi/material/living-with-risk/Further%20readings_Cook2.pdf. (01.12.2017)

²⁷ Деминцева Е. Б. Медицинская помощь мигрантам из Средней Азии в Москве в условиях социальной исключенности / Е. Б. Деминцева, Д. С. Кашницкий // Вестник Российской нации. 2015. Т. 4, № 4-4 (42). С. 214-226.

²⁸ Кислицына О. А. Миграция и здоровье: монография / О. А. Кислицына; Институт соц.-экон. проблем народонаселения Российской академии наук. М.: МАКС Пресс, 2013. 132 с.

²⁹ Яковлев А.А. Инфекционная заболеваемость мигрантов и туристов в Санкт-Петербурге / А.А. Яковлев. [и др.] // Журнал инфектологии. 2011. Т. 3, № 4. С. 49-55.

мигрантов в Санкт-Петербурге, в ходе которого установлено, что наибольшая инфекционная заболеваемость наблюдается у приезжих из Таджикистана и Узбекистана. L.J. Cook³⁰, изучая опыт доступа к услугам здравоохранения таджикских трудовых мигрантов в Москве, отмечает что мигранты имеют крайне ограниченный доступ к здравоохранению в России. Заслуживает внимания исследование Деминцевой Е. и Кашницкого Д.³¹, в котором изучены формальные и неформальные стратегии получения медицинской помощи в Москве мигрантами-выходцами из Центральной Азии и установлено, что распространенной стратегий среди мигрантов является самолечение, а обращение к врачам используется лишь в экстренных случаях (вызов «скорой»). Среди барьеров, с которыми сталкиваются мигранты, исследователи отмечают отсутствие ОМС, низкий заработок, ненормированный рабочий день, дискриминацию в медицинских учреждениях. Кузнецова И.Б. и Мухарямова Л.М.³², анализируя опыт трудовых мигрантов в Республике Татарстан, обнаружили, что основными препятствиями для получения медицинской помощи для иммигрантов выступает нелегальное положение многих иностранных работников и отсутствие мотивации у работодателей для охраны их здоровья.

Рассматривая проблему доступа иммигрантов к системе здравоохранения в контексте процесса интеграции, необходимо затронуть вопросы интеграции мигрантов в России. Этой теме посвящены работы Деминцевой Е.Б.³³, Ионцева В.А.³⁴, Ивахнюк И.³⁵, Мукомеля В. И.³⁶ и др.

³⁰ Cook L.J. Tajik Labor Migrants to Russia: Their Access to Health and Welfare Services URL: http://russianmodernisation.fi/material/living-with-risk/Further%20readings_Cook2.pdf. (01.12.2017)

³¹ Demintseva E., Kashnitsky D. Contextualizing Migrants' Strategies of Seeking Medical Care in Russia // *International Migration*. 2016. №54(5). P. 29-42.

³² Кузнецова И.Б., Мухарямова Л.М. Трудовые мигранты в системе медицинских услуг: формальные и неформальные стратегии // *Журнал исследований социальной политики*. 2014. №1. С.7-20.

³³ Деминцева Е. Б. Мигранты в России. Подходы к интеграции. URL: <http://polit.ru/article/2017/03/03/migrats/>. (05.12.2017).

³⁴ Ионцев В. А. Интеграция мигрантов эффективный путь устранения неравенства и ксенофобии в принимающем обществе // *Вопросы управления*. 2014. №1 (7). С.127-132.

³⁵ Ионцев В., Ивахнюк И. Модели интеграции мигрантов в современной России. // *CARIM-East RR*. 2013. Т. 12. URL: http://www.carim-east.eu/media/CARIM-East-RR-2013-12_RU.pdf. (01.12.2017)

³⁶ Мукомель В.И. Интеграция мигрантов: вызовы, политика, социальные практики // *Мир России. Социология. Этнология*. 2011. №1. С.34-50.

Институционально-правовую сторону положения мигрантов в России рассматривают Иванова Н., Варшавер Е.³⁷, Паламарчук К.О.³⁸ и др.

Теоретические аспекты интеграции и социальной инклюзии развиты в работах таких зарубежных и отечественных исследователей, как Esser Н.³⁹, Schunck R.⁴⁰, Portes A., Rumbaut R. G.⁴¹, Silver H.⁴², Мукомель В.И.⁴³, Антонова В.К.⁴⁴, Костенко В.В.⁴⁵ и др.

Проблема данного исследования заключается в том, чтобы выявить социальные практики доступа мигрантов к системе здравоохранения в России и то, как на них влияют на процессы инклюзии и интеграции мигрантов. Обращаясь к социальной инклюзии, можно говорить о том, что это процесс, который должен ограничить проявления в обществе ситуаций, когда существуют барьеры, препятствующие доступу к социальным благам, в число которых входят услуги здравоохранения. Социальная инклюзия – это процесс, который предполагает определенные усилия для достижения равных возможностей для всех, независимо от пола, возраста, этнической принадлежности и т. д., для того, чтобы обеспечить полноценное участие во всех сферах жизни.⁴⁶ Достижение интеграции в обществе предполагает реализацию инклюзивных практик во всех его сферах. Интеграцию можно определить как процесс принятия мигрантов в обществе, процесс встречного движения культурных норм и ценностей

³⁷ Иванова Н., Варшавер Е. Особенности правового положения трудовых мигрантов из ЕАЭС и прочих стран СНГ в России: сравнительный анализ (начало) // Миграционное право. 2018. №3. С. 3-8.

³⁸ Паламарчук К.О. Основные направления социальной поддержки мигрантов в Санкт-Петербурге // Научные труды СЗИУ РАНХиГС. 2015. Том 6. № 2 (19).С. 198-210.

³⁹ Esser H. Assimilation, Ethnic Stratification, or Selective Acculturation? Recent Theories of the Integration of Immigrants and the Model of Intergenerational Integration // Sociologica. 2010. Vol. 4, №1. URL: <https://www.rivisteweb.it/download/article/10.2383/32055>. (01.11.2018)

⁴⁰ Schunck R. Transnational activities and immigrant integration in Germany. Springer, Cham. 2014. 301 p.

⁴¹ Portes A., Rumbaut R. G. Legacies: The story of the immigrant second generation. Berkeley: University of California Press; Russell Sage Foundation. 2001. 430 p.

⁴² Silver H. Social exclusion and social solidarity: Three paradigms // International Labour Review. 1994. 133(5/6). Pp. 531–578. URL: https://student.cc.uoc.gr/uploadFiles/181-%CE%9A%CE%91%CE%A0%CE%9A206/Silver_H,%20Exclusion-paradigms.pdf. (01.11.2018)

⁴³ Мукомель В.И. Адаптация и интеграция мигрантов: методологические подходы к оценке результативности и роль принимающего общества //Россия реформирующаяся. 2016. №. 14. С. 411-467.

⁴⁴ Антонова В. К. Концепты социальной инклюзии и эксклюзии в глобальном обществе: дрейф по социальным институтам, акторам и практикам // Журнал исследований социальной политики. 2013. Т. 11. №. 2. С. 151-170.

⁴⁵ Костенко В. В. Теории миграции: от ассимиляции к транснационализму // Журнал социологии и социальной антропологии. 2014. Т. 17. №. 3. С. 62-76.

⁴⁶ Антонова В. К. Концепты социальной инклюзии и эксклюзии в глобальном обществе: дрейф по социальным институтам, акторам и практикам // Журнал исследований социальной политики. 2013. Т. 11. №. 2. С. 156.

принимающего сообщества и мигрантов, при котором, с одной стороны, принимающая сторона должна обеспечить право мигрантов на участие в социальной, экономической, культурной и гражданской жизни, а с другой – мигранты должны уважать фундаментальные нормы и ценности принимающего сообщества и активно участвовать в процессе интеграции.⁴⁷ Социальная инклюзия - обязательный процесс на пути к социальной интеграции, которая является основой для социального государства и способствует превращению членов общества в лояльных граждан, независимо от их этнической принадлежности. Закрытость системы здравоохранения для мигрантов порождает проблемы со здоровьем и различные социальные риски, которые создают барьеры на пути к интеграции. В условиях ограниченных материальных средств, нехватки информации о медицинской помощи, ограниченного страхования, столкновения с дискриминационными практиками и т.д. мигранты вынуждены формировать собственные стратегии получения медицинской помощи. Доступность для мигрантов услуг здравоохранения, являясь элементом социальной инклюзии, способствует их включению в жизнедеятельность принимающего общества.

Объектом исследования выступают мигранты из Средней Азии.

Предмет исследования – практики использования услуг здравоохранения мигрантами из Средней Азии в России.

Цель работы: выявить особенности доступа мигрантов из Средней Азии к услугам здравоохранения в России в контексте инклюзии и интеграции в принимающее общество.

Исходя из поставленной цели, определены следующие **задачи** исследования:

- изучить статистические данные о миграции и здоровье;
- систематизировать существующие исследования здоровья мигрантов в России;

⁴⁷ Мукомель В. И. Адаптация и интеграция мигрантов: методологические подходы к оценке результативности и роль принимающего общества //Россия реформирующаяся. 2016. №. 14. С. 416.

- рассмотреть теоретико-методологические аспекты изучения доступа к медицинским услугам, социальной инклюзии и интеграции мигрантов;
- изучить институционально-правовые аспекты положения мигрантов в России;
- проанализировать опыт мигрантов из Средней Азии в сфере здравоохранения в России в контексте социальной инклюзии и интеграции.

Теоретико-методологической основой исследования выступает теория интеграции Х.Эссера и некоторые положения теории сегментной ассимиляции, которые позволяют учитывать контекстуальные и индивидуальные характеристики, разные способы инкорпорации мигрантов и помогают выстроить теоретическую рамку, описывающую взаимосвязь между мигрантом и социумом. Также для данного исследования важной является поведенческая модель Р. М. Андерсена, которая задаёт общую аналитическую схему для анализа доступа к медицинским услугам, характеризующую как самого потребителя медицинской помощи (мигранта, в данном случае) и его поведение, стратегии во взаимодействии с системой здравоохранения, так и среду, в которой этот процесс реализуется.

Методы исследования

При проведении исследования использованы общенаучные методы такие, как анализ и синтез, обобщение и интерпретация научной литературы. В процессе проведения эмпирического исследования и сбора первичной информации были использованы методы полуструктурированного интервью и анкетного опроса мигрантов.

В рамках данной работы сформулированы следующие **исследовательские вопросы**:

- как характер интегрированности мигрантов отражается на их доступе к медицинской помощи?
- какие стратегии используют мигранты из Средней Азии для получения медицинской помощи в России?

- каковы характеристики интеграции мигрантов из Средней Азии в принимающее сообщество?

- какие факторы препятствуют получению иммигрантами доступа к услугам здравоохранения?

Новизна исследования. Показаны возможности использования аналитической модели доступа к услугам здравоохранения Р. Андерсена для изучения практик получения мигрантами из стран Средней Азии медицинской помощи в России. Выявлены факторы, имеющие значимость для использования мигрантами медицинской помощи, а также показана связь доступа мигрантов к медицинским услугам с их интегрированностью.

Структура выпускной квалификационной работы состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы и приложений.

Апробация работы. Некоторые положения диссертации докладывались на Всероссийской научно-практической конференции XI Ковалевские чтения «Глобальные социальные трансформации XX – начала XXI вв. (к 100-летию Русской революции)».

По теме диссертации опубликованы следующие работы: Попова Е.А. Иммигранты в системе услуг здравоохранения в России // Глобальные социальные трансформации XX – начала XXI вв. (к 100-летию Русской революции) / Материалы научной конференции IX Ковалевские чтения 9-11 ноября 2017 года. / Отв. редактор: Ю.В. Асочаков. СПб.: Скифия-принт, 2017. - С. 927-928.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ МИГРАНТОВ В КОНТЕКСТЕ ПРОЦЕССОВ ИНТЕГРАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ ИНКЛЮЗИИ

1.1. Миграция и здоровье: обзор статистических данных

Россия является одним из основных государств приёма мигрантов. На ее территории постоянно или временно находится около 11 млн иностранных граждан. Этот среднегодовой показатель несколько варьируется из года в год, а в течение года меняется в зависимости от сезона.⁴⁸ До 2000 г. основной моделью миграционного передвижения была репатриация. Лишь в XXI веке постсоветская Россия столкнулась с феноменом внешней трудовой миграции. После 2000 г. возросла трудовая миграция и преобладающей стала экономическая модель: в 2000 году официально работало 213 тыс. иностранных граждан, а уже в 2008 году - 2,4 млн человек.⁴⁹

По данным ООН, на 2000 год Российская Федерация занимала 2-ое место (после США) по числу мигрантов (11,9 млн), однако в 2017 году Россия заняла 4 место после США, Саудовской Аравии и Германии, имея на своей территории 11,7 млн международных мигрантов.⁵⁰ Надо учитывать, что эти оценки относятся к накопленному числу мигрантов (*migrant stock*), т.е. к общему числу людей, живущих не в стране своего рождения. Если посмотреть на интенсивность текущей миграции, то Россия занимает более скромное место. Для сравнения:

⁴⁸ Ромодановский К. О., Мукомель В.И. Регулирование миграционных процессов: проблемы перехода от реактивной к системной политике // *Общественные науки и современность*. 2015. №. 5. С.6.

⁴⁹ Мукомель В. Трудовые мигранты в контексте проблем демографического, экономического и социального развития России // *Трудовая миграция и политика интеграции мигрантов в Германии и России: Коллективная монография / Редактор и составитель М. С. Розанова. Перевод с английского языка М. С. Розановой и А. Б. Лесохиной. СПб.: Центр гражданских, социальных, научных и культурных инициатив «СТРАТЕГИЯ»; Скифия-принт, 2016. С.34.*

⁵⁰ *International Migration Report 2017* // URL: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf. (10.05.2018)

коэффициент миграционного прироста в 2013 году (на 1000 человек) в России составил 2,1, а, например, в Германии – 5,6.⁵¹

Миграционный поток в Россию включает в себя следующие группы:

- русские переселенцы из бывших союзных республик;
- беженцы;
- экономические мигранты;
- мигранты из стран за пределами постсоветского пространства, выбравшие Россию для учёбы или карьеры.⁵²

Можно выделить несколько особенностей России как иммиграционной страны:

- преобладание миграции из стран постсоветского пространства. Это означает, что миграционные потоки составляют люди, еще недавно принадлежавшие к единому социокультурному пространству. Около четырёх пятых миграционного потока в Россию составляют выходцы из стран бывшего СССР - 85,7% от общего числа находящихся в стране иностранных граждан, по данным ФМС. Среди них: граждане Украины – 25,2% от общего числа иностранных граждан, Узбекистана – 18,2%, Таджикистана – 8,7%.⁵³ В итоге, иммиграция в случае России – это географическая мобильность в пространстве бывшего СССР;

- пространственная неравномерность, выражающаяся в том, что на Москву и Санкт-Петербург вместе с областями приходится большая часть мигрантов⁵⁴;

- этническое разнообразие населения России и территориализация и институционализация этничности, что порождает восприятие тех или иных регионов России как территорий определённых этнических групп. Отсюда возникают сложности с коммуникацией между выходцами с Северного Кавказа

⁵¹ Вишневатский А.Г., Зайончковская Ж.А., Денисенко М.Б., Мкртчян Н.В. Демографические вызовы России. Часть третья - миграция // Демоскоп Weekly. 2017. №753-754. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2017/0753/tema01.php>. (18.05.2018)

⁵² Смирнова О. А., Жерновая О. Р., Подгусков В. Н. Миграционная ситуация в России, эволюция и тенденции в долгосрочной перспективе // Власть. 2016. №12. С.117.

⁵³ Итоговый доклад о миграционной ситуации, результатах и основных направлениях деятельности Федеральной миграционной службы за 2015 год // URL: https://xn--b1ab2a0a.xn--b1aew.xn--p1ai/upload/site1/document_file/ItoGovyy_doklad_na_19.02.16.pdf. (15.05.2018)

⁵⁴ Там же

и местных жителей Центральной России. Специфика России заключается в наложении проблем, связанных с иммиграционным притоком, на межэтнические противоречия внутри общества.⁵⁵

Миграционные потоки в Россию пережили ряд трансформаций:

- в начале 2000-х около половины мигрантов были из дальнего зарубежья. Доля трудовых мигрантов из дальнего зарубежья (Китай, Вьетнам, Турция) сократилась с примерно 50% в 2007 году до 15% в 2013 году.⁵⁶ Изменения в структуре рабочих мест, возрастающий спрос на труд различной квалификации привели к тому, что на российский рынок труда стали выходить работники из стран Средней Азии. Их доля, по данным ФМС, возросла с 6,3% в 2000 г. до 82,5% в 2014 году от всех трудовых мигрантов из постсоветских стран;
- изменился график трудовых миграций. Ранее фиксировался подъём притока трудовых мигрантов ранней весной и их отток осенью, когда заканчивался рабочий сезон. В последние годы приток мигрантов наблюдается и весной, и осенью;
- сезонные миграции сменились долгосрочными и циркулярными миграциями. По данным обследования 8,5 тыс. мигрантов, 40,8% из них - долгосрочные мигранты, не покидавшие Россию более года, а 38% - циркулярные мигранты, периодически въезжающие и выезжающие из России (среди них малая часть – сезонные мигранты). Циркулярная миграция приняла массовый характер и стала в своём роде характеристикой образа жизни трудовых мигрантов;
- происходит феминизация миграционных потоков. Женщины преобладают в отдельных миграционных потоках из Молдовы и Украины. Растет доля женщин и среди выходцев из Средней Азии.⁵⁷ По данным ФМС России в

⁵⁵ См.: Малахов В. Феномен «новых иммиграционных стран»: российский случай в общеевропейском контексте // Трудовая миграция и политика интеграции мигрантов в Германии и России: Коллективная монография / Редактор и составитель М. С. Розанова. Перевод с английского языка М. С. Розановой и А. Б. Лесохина. СПб.: Центр гражданских, социальных, научных и культурных инициатив «СТРАТЕГИЯ»; Скифия-принт, 2016. С.23-25.

⁵⁶ Флоринская Ю. Ф., Мкртчян Н. В., Малева Т. М., Кириллова М. К. Миграция и рынок труда / Ин-т социального анализа и прогнозирования. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2015. С. 66.

⁵⁷ Мукомель В. Трудовые мигранты в контексте проблем демографического, экономического и социального развития России // Трудовая миграция и политика интеграции мигрантов в Германии и России: Коллективная

2010 г. женщины составляли 14% трудовых мигрантов. Эксперты оценивают их реальную долю среди трудовых мигрантов в 25-30%.⁵⁸ Данные ФМС за 2013, 2014 и 2015 гг. фиксируют изменение числа въезжающих в страну женщин в общем миграционном потоке: их доля составила 32,3%, 35,8% и 37,4% соответственно.⁵⁹ В 2014 году наибольший спад въезда мужчин наблюдался у граждан СНГ, при этом миграционный поток женщин из данных стран возрос на 15,3%.⁶⁰

Итак, большинство мигрантов в России являются выходцами из стран СНГ. Из числа прибывших иностранных граждан около 80% – это лица трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет).⁶¹ Среди них значительную часть составляет молодежь в возрасте от 18 до 29 лет (36%). Более двух третей от общего числа мигрантов прибывает в Россию с целью постоянной работы или для кратковременного заработка.⁶² Нужно отметить, что в России сформировался устойчивый спрос на рабочие руки. В ближайшее десятилетие важнейшим источником компенсации сокращения трудовых ресурсов является миграция. Россия привлекает мигрантов более высоким уровнем оплаты труда, условий жизни, наличием свободных вакансий на рынке труда. Иммиграция служит для поддержания потенциала экономического развития.

Оценки текущей миграции основаны на данных о зарегистрированной мигрантах, однако, наряду с регистрируемой миграцией, в России получила распространение и недокументированная миграция, которая не поддается

монография / Редактор и составитель М. С. Розанова. Перевод с английского языка М. С. Розановой и А. Б. Лесохина. СПб.: Центр гражданских, социальных, научных и культурных инициатив «СТРАТЕГИЯ»; Скифия-принт, 2016. С. 34.

⁵⁸ Цит.по: Женщины-мигранты из стран СНГ в России / Е.В. Тюрюканова (ред.), Ж.А. Зайончковская, Л.Б. Карачурина, Н.В. Мкртчян, Д.В. Полетаев, Ю.Ф. Флоринская / под ред. Е.В.Тюрюкановой. М.: МАКС Пресс, 2011. С.5.

⁵⁹ Итоговый доклад о миграционной ситуации, результатах и основных направлениях деятельности Федеральной миграционной службы за 2015 год // URL: https://xn--b1ab2a0a.xn--b1aew.xn--p1ai/upload/site1/document_file/ItoGovyy_doklad_na_19.02.16.pdf. (15.05.2018)

⁶⁰ Итоги деятельности ФМС России в 2014 году: сборник материалов расширенного заседания коллегии Федеральной миграционной службы / Под общ. ред. руководителя ФМС России К.О. Ромодановского. М.: ФМС России, 2015. URL: http://fms.gov.ru/upload/itogi_kollegii_2014.pdf. (15.05.2018)

⁶¹ Итоговый доклад о миграционной ситуации, результатах и основных направлениях деятельности Федеральной миграционной службы за 2015 год // URL: https://xn--b1ab2a0a.xn--b1aew.xn--p1ai/upload/site1/document_file/ItoGovyy_doklad_na_19.02.16.pdf. (15.05.2018)

⁶² Ромодановский К. О., Мукомель В.И. Регулирование миграционных процессов: проблемы перехода от реактивной к системной политике // Общественные науки и современность. 2015. №. 5. С.6-8.

прямому учету. Эксперты оценивают её в 3-5 млн. человек.⁶³ Большое число иностранцев трудится без разрешительных на работу документов.

В середине 2014 года условием выдачи разрешения на работу или патента стало обязательное указание работы как цели пребывания в России при въезде в страну, что послужило мигрантам стимулом для легализации трудовой деятельности. Если в 2013 году только 12,4% иностранных граждан указывали целью приезда работу, то в 2014 г. - 20,2%, а за первое полугодие 2015 г. – около 30% въехавших иностранцев.⁶⁴ По данным ФМС на 1 января 2016 года на территории России находились 9 924 726 иностранных граждан (без учета Крымского федерального округа). Из числа находящихся на территории России мигрантов с потенциальной целью осуществления трудовой деятельности пребывают 47,2%, с целью, не связанной с работой, – 31,0%. Документы на осуществление трудовой деятельности имеют 21,8%.⁶⁵ В 2015 году было оформлено 214 559 разрешений на работу и 1 788 201 патентов, 365 161 разрешений на временное проживание и 146 720 видов на жительство.⁶⁶ За 2017 год оформлено 148 326 разрешений на работу и 1 682 622 патентов, 295 761 разрешений на временное проживание и 185 800 видов на жительство.⁶⁷

Обратимся к обзору данных о миграции по Санкт-Петербургу. Миграция обеспечивает приток рабочей силы в различные сферы экономики города. Однако она также увеличивает нагрузку на органы социального и медицинского обслуживания населения. Санкт-Петербург нуждается в высококвалифицированных специалистах, но профессионалов среди мигрантов, целью которых является получение работы, немного. Мигранты устраиваются

⁶³ Вишневецкий А.Г., Зайончковская Ж.А., Денисенко М.Б., Мкртчян Н.В. Демографические вызовы России. Часть третья - миграция // Демоскоп Weekly. 2017. №753-754. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2017/0753/tema01.php>. (18.05.2018)

⁶⁴ Ромодановский К. О., Мукомель В.И. Регулирование миграционных процессов: проблемы перехода от реактивной к системной политике // Общественные науки и современность. 2015. №. 5. С.9.

⁶⁵ Итоговый доклад о миграционной ситуации, результатах и основных направлениях деятельности Федеральной миграционной службы за 2015 год // URL: https://xn--b1ab2a0a.xn--b1aew.xn--p1ai/upload/site1/document_file/ItoGovyy_doklad_na_19.02.16.pdf. (15.05.2018)

⁶⁶ Сводка основных показателей деятельности по миграционной ситуации в Российской Федерации за 2016 год // МВД России. URL: <https://xn--b1aew.xn--p1ai/Deljatelnost/statistics/migracionnaya/item/9266550>. (05.12.2017).

⁶⁷ Сводка основных показателей деятельности по миграционной ситуации в Российской Федерации за январь-декабрь 2017 года // МВД России. URL: <https://xn--b1aew.xn--p1ai/Deljatelnost/statistics/migracionnaya/item/12162186/>. (05.05.2018).

разнорабочими на стройках, продавцами в магазинах, водителями маршрутных такси и общественного транспорта и т.д.

Количество мигрантов, поставленных на миграционный учёт по состоянию на 2008 год составило 748 483 человек, 2009 год - 980 714 чел., 2010 год - 1 182 302 чел., 2011 год - 1 398 768 человек.⁶⁸ В 2010-2011 гг. наблюдается увеличение численности, поставленных на миграционный учёт.

По состоянию на 2016 год в Санкт-Петербурге и Ленинградской области на миграционный учёт были поставлены 2 216 690 человек. Этот показатель на 505 348 человек больше, чем в 2015 году.⁶⁹ В итоге, в 2011-2016 гг. количество поставленных на учёт мигрантов увеличилось примерно на 900 тыс.

В качестве цели пребывания наиболее часто указывается «туризм». Интересно, что значительное увеличение числа людей, указавших данную цель пребывания, произошло в 2011 году. Работу в качестве цели пребывания в 2016 году указали 446 906 человек.⁷⁰ В том же году было выдано (с учётом переоформления) около 270 тыс. патентов. Наибольшее количество выданных патентов приходится на граждан Узбекистана (58%), Таджикистана (28 %), а также Украины (6 %).⁷¹

«Работа» являлась второй по распространённости целью прибытия в Санкт-Петербург иностранных граждан и в 2013-2015 гг. – её указали 323 632 человек в 2013 г., 775 079 чел. в 2014 г. и 567 979 иностранных граждан в 2015 году из числа поставленных на миграционный учёт. При этом первой по популярности в этот период была частная цель пребывания: в 2013 году – 555 527 человек, в 2015 году – 998 076 человек.⁷² В целом, туристическая, частная и трудовая цели являются наиболее популярными. Нужно отметить, что реальная

⁶⁸ Волокитина М.В. Анализ целей въезда мигрантов иностранных граждан в сверхкрупные города России (на примере Москвы и Санкт-Петербурга) // Мониторинг правоприменения. 2012. №3. С. 31.

⁶⁹ Статистические сведения по миграционной ситуации в Российской Федерации за 12 месяцев 2016 года с распределением по регионам // URL: https://xn--b1aew.xn--p1ai/upload/site1/document_news/009/359/228/stat_2016.pdf. (05.05.2018).

⁷⁰ Там же

⁷¹ Андрейцо С. Ю. Актуальные проблемы реализации миграционной политики в Санкт-Петербурге // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2018. № 1 (77). С.47.

⁷² Легостаева В. И., Кудрина К. О. Современная миграционная ситуация в Санкт-Петербурге // Экономика и управление в XXI веке: тенденции развития. 2016. №32. С. 136.

цель приезда в страну может не сообщаться. Например, решив трудоустроиться в России нелегально, мигрант может сообщить, что он прибыл в страну навестить своих родственников или друзей, и указать наиболее общую цель пребывания, т.е. частную.⁷³

В Санкт-Петербурге существует стабильный спрос на рабочие руки, что делает город привлекательным для приезжих. Преобладающая часть трудовых мигрантов занимает невостребованные местным населением рабочие места, для которых характерны средняя и низкая квалификация труда, тяжелые условия труда и др.

Распределение иностранных граждан по основным сферам их трудовой деятельности в начале 2010-х гг. в Санкт-Петербурге выглядит следующим образом:

- сфера услуг - 16%;
- строительство - 48%;
- торговля - 10%;
- обрабатывающее производство - 9%;
- транспорт и связь - 2%.⁷⁴

В середине 2010-х распределение мигрантов по сферам занятости несколько изменяется:

- сфера услуг – 26 %;
- строительство – 16 %;
- торговля – 12 %;
- обрабатывающее производство – 7 %;
- транспорт и связь – 5 %.⁷⁵

Рассмотрим изменение численности прибывших в Санкт-Петербург международных мигрантов из стран СНГ за 2012-2016 гг. В 2012 году в город

⁷³ Волокитина М.В. Анализ целей въезда мигрантов иностранных граждан в сверхкрупные города России (на примере Москвы и Санкт-Петербурга) // Мониторинг правоприменения. 2012. №3. С. 31.

⁷⁴ Забелевская Ю.А., Черногорский С.А., Швецов К.В. Анализ международных миграционных процессов в Санкт-Петербурге // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Экономические науки. 2012. №6 (161). С. 251.

⁷⁵ Легостаева В. И., Кудрина К. О. Современная миграционная ситуация в Санкт-Петербурге // Экономика и управление в XXI веке: тенденции развития. 2016. №32. С. 136.

прибыло 33696 иностранных мигранта, среди которых 28449 – из стран СНГ. Аналогичные показатели в 2013 году выросли почти в два раза: прибыло 62 243 мигранта, из них - 56497 из стран СНГ. Среди стран СНГ по числу мигрантов лидирует Узбекистан (27867 за 2013 год), на втором месте – Таджикистан (9034 за аналогичный период).⁷⁶ В 2014 году в город прибыло 68 242 международных мигранта (62 120 – из стран СНГ).⁷⁷ В 2015 и 2016 гг. наблюдается спад числа прибывших иностранных мигрантов: 31 809 чел. и 22 391 чел. соответственно. Мигранты из стран СНГ за эти два года составили 26 329 чел. и 18 756 чел. Резко упало число выходцев из Узбекистана (4435 чел. в 2015 году, 1472 чел. в 2016 году против 28355 в 2014 году). 2015 год характеризуется отрицательным значением миграционного прироста граждан из стран СНГ (-25176).⁷⁸ Эта ситуация могла быть вызвана падением курса рубля, сделавшим менее выгодной работу в России, или необходимостью оформления патента на работу для трудоустройства.⁷⁹

Значительная часть мигрантов из стран Средней Азии, работающих в Санкт-Петербурге, имеет невысокий уровень образования. По некоторым данным, незаконченное среднее образование имеют 24 %; среднее – 37 %; среднее специальное – 34 %; высшее – 5 %.⁸⁰ Данные Петростата дают несколько иную картину: из 41376 мигрантов из стран Средней Азии старше 14 лет, прибывших в Санкт-Петербург в 2014 году, приблизительно 4% имели высшее

⁷⁶ Численность и миграция населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 2013 году. Статистический бюллетень. // ПЕТРОСТАТ. URL:

http://petrostat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/petrostat/resources/c06b81004599d3a2b362f9e7d6b68498/%D0%A7%D0%B8%D1%81%D0%BB+%D0%B8+%D0%BC%D0%B8%D0%B3%D1%80+%D0%BD%D0%B0%D1%81+%D0%A1%D0%9F%D0%B1+%D0%B8+%D0%9B%D0%9E+2013.pdf. (20.05.2018).

⁷⁷ Численность и миграция населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 2014 году. Статистический бюллетень. // ПЕТРОСТАТ. URL:

http://petrostat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/petrostat/resources/e0b9b08049f9a26abe4dfef2e93b570e/%D0%A7%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C+%D0%B8+%D0%BC%D0%B8%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F+%D0%BD%D0%B0%D1%81+%D0%A1%D0%9F%D0%B1+%D0%B8+%D0%9B%D0%9E+%D0%B2+2014.pdf. (20.05.2018).

⁷⁸ Численность и миграция населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 2016 году. Статистический бюллетень. // ПЕТРОСТАТ. URL:

http://petrostat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/petrostat/resources/db999d0042bd5fdaa012f96ab3b46521/%D0%A7%D0%B8%D1%81%D0%BB+%D0%B8+%D0%BC%D0%B8%D0%B3%D1%80+%D0%BD%D0%B0%D1%81+%D0%A1%D0%9F%D0%B1+%D0%B8+%D0%9B%D0%9E+2016.pdf. (20.05.2018).

⁷⁹ Легостаева В. И., Кудрина К. О. Современная миграционная ситуация в Санкт-Петербурге // Экономика и управление в XXI веке: тенденции развития. 2016. №32. С. 139.

⁸⁰ Там же. С. 136-137.

образование, 15,64% имели незаконченное высшее или средне специальное, а среднее общее образование было у 67,4%.⁸¹ С 2015 года в силу вступил ряд изменений в миграционном законодательстве (введение патентной системы, экзамены на знание русского языка, истории и законодательства России при получении разрешения на работу и т.д.), что привело к уменьшению числа мигрантов в целом и числа мигрантов с низким уровнем образования. Так, из 4810 человек старше 14 лет, прибывших в город из стран Средней Азии в 2016 году, около 17% имели высшее образование, незаконченное высшее или средне специальное имели 29%, среднее общее – 36%.⁸²

Что касается здоровья мигрантов, то, несмотря на большое число иностранных работников, точных и исчерпывающих данных о состоянии здоровья данной группы нет. На сегодняшний день ни одна государственная служба не ведет полный учёт заболеваемости мигрантов. Сообщать в Роспотребнадзор медицинские учреждения обязаны лишь при выявлении социально значимых заболеваний и заболеваний, опасных для окружающих. Остальные обращения иммигрантов не учитываются официальной государственной статистикой.

В странах происхождения мигрантов сложилась определённая эпидемиологическая ситуация, поэтому если в стране исхода низкий уровень иммунизации по какому-либо заболеванию, то мигранты могут принести риски здоровью населения принимающей страны. Если же в принимающей мигрантов стране более распространено определённое заболевание, то мигранты имеют риск заразиться и привнести инфекцию в свою страну.

⁸¹ Численность и миграция населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 2014 году. Статистический бюллетень. // ПЕТРОСТАТ. URL:

http://petrostat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/petrostat/resources/e0b9b08049f9a26abe4dfef2e93b570e/%D0%A7%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C+%D0%B8+%D0%BC%D0%B8%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F+%D0%BD%D0%B0%D1%81+%D0%A1%D0%9F%D0%B1+%D0%B8+%D0%9B%D0%9E+%D0%B2+2014.pdf. (20.05.2018).

⁸² Численность и миграция населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 2016 году. Статистический бюллетень. // ПЕТРОСТАТ. URL:

http://petrostat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/petrostat/resources/db999d0042bd5fdaa012f96ab3b46521/%D0%A7%D0%B8%D1%81%D0%BB+%D0%B8+%D0%BC%D0%B8%D0%B3%D1%80+%D0%BD%D0%B0%D1%81+%D0%A1%D0%9F%D0%B1+%D0%B8+%D0%9B%D0%9E+2016.pdf. (20.05.2018).

Уровень заболеваемости туберкулезом среди трудовых мигрантов в 4 раза выше⁸³, чем среди россиян, а заболеваемость кожными венерологическими заболеваниями среди мигрантов выше в 2 раза⁸⁴. Получается, что иностранные мигранты пребывают в Россию с этими заболеваниями. Распространению туберкулёза могут способствовать плохие условия проживания, санитарно-гигиенические условия, высокая скученность проживания мигрантов. Заболеваемость мигрантов сифилисом также выше, чем у местных жителей. Показатели заболеваемости мигрантов сифилисом находятся в диапазоне от 243 до 1877 случаев на 100 тыс. обследуемых. Кроме того, обнаружен высокий удельный вес поздних форм сифилиса у данной группы, что позволяет предполагать, что мигранты приезжают в Россию, инфицированные сифилисом.⁸⁵ Иная ситуация по ВИЧ-инфекции: уровень распространения ВИЧ в России выше, чем в странах исхода мигрантов. В 2009 году число новых случаев обнаружения антител к ВИЧ составило 229,4 на 100 тыс. обследованного населения среди россиян и 149,6 на 100 тыс. обследованных среди иностранных граждан.⁸⁶

Согласно данным Роспотребнадзора, за 2009 год среди мигрантов у 918 человек выявлена ВИЧ-инфекция, у 1978 – туберкулёз и у 2405 – заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП).⁸⁷ По одному из обследований, при медицинском освидетельствовании 18 436 мигрантов, у 7 обнаружена ВИЧ-инфекция, у 95 – сифилис, у 160 – ЗППП.⁸⁸ За первое полугодие 2010 года в государственных медицинских учреждениях Москвы были обследованы 13 тыс. мигрантов, из них у 419 были обнаружены сифилис, гепатит, туберкулёз и ВИЧ. Согласно данным председателя Комиссии по здравоохранению и экологии

⁸³ Иванова Л. Ю. Социальные риски для здоровья трудовых мигрантов // Вестник Института социологии. 2013. № 6. С. 132.

⁸⁴ Ивахненко Г. А. Здоровье трудовых мигрантов в России // Социология медицины. 2013. №2. С.50.

⁸⁵ Струин Н. Л., Шубина А. С. Социальные инфекции у мигрантов, факторы, способствующие заболеваемости: обзор литературы // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. №. 11-5. С. 677.

⁸⁶ Ивахненко Г. А. Здоровье трудовых мигрантов в России // Социология медицины. 2013. №2. С.50.

⁸⁷ Там же. С.48.

⁸⁸ Цит. по: Струин Н. Л., Шубина А. С. Социальные инфекции у мигрантов, факторы, способствующие заболеваемости: обзор литературы // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. №. 11-5. С. 677.

Законодательного Собрания Санкт-Петербурга в 2008 г. в городе было выявлено 285 иностранных граждан с инфекционными заболеваниями.⁸⁹ В 2011 году в связи с обнаружением опасных инфекционных и вирусных заболеваний о нежелательности нахождения в РФ было объявлено 6114 мигрантам, среди которых более 1200 человек имели ВИЧ-инфекцию, а около 2600 - туберкулёз. В 2012 году из более чем миллиона мигрантов, прошедших медицинское обследование, ВИЧ был обнаружен у 1153 человек, туберкулёз - у 1197 человек, ЗППП - у 1882 человек.⁹⁰ В Республике Татарстан за период с 2007 г. по сентябрь 2012 г. в ходе медицинского освидетельствования, которое прошли 5,4 млн. трудовых мигрантов, были выявлены 7973 случаев ВИЧ-инфекции, 15 805 больных туберкулёзом, 19 273 человек с ЗППП.⁹¹

По данным ежемесячной ведомственной формы мониторинга Роспотребнадзора, с 2007 по 2013 гг. более 7,4 миллиона мигрантов прошли медицинское освидетельствование. В общей сложности выявлено 56 206 больных инфекционными заболеваниями, среди них: 11 358 человек имеют ВИЧ-инфекцию (20,2%), у 20 881 чел. обнаружен туберкулёз (37,2 %), 23 967 чел. имеют ЗППП (42,6 %). В 2013 году обследованы почти 1,5 млн человек, среди которых выявлены 6 226 человек с инфекционными заболеваниями. Из них 1 607 ВИЧ-инфицированных, 2440 - с туберкулезом, 2 179 - с ЗППП. Выявляемость инфекции на 100 тыс. обследованных мигрантов в том же году составила: для ВИЧ-инфекции - 107,5; для туберкулеза - 163,2; для ЗППП - 145,7. Выявляемость ВИЧ-инфекции в среднем по России за аналогичный период составила 315,1 на 100 тыс., что в 2,93 раза больше показателя выявляемости ВИЧ среди мигрантов. Выявляемость туберкулеза в среднем по России в 2013 году составила 61,6 на 100 тыс., что в 2,65 раза меньше показателя выявляемости туберкулеза среди мигрантов. В итоге среди иностранных граждан по сравнению со средними

⁸⁹ Ивахненко Г. А. Здоровье трудовых мигрантов в России // Социология медицины. 2013. №2. С.49.

⁹⁰ Иванова Л. Ю. Социальные риски для здоровья трудовых мигрантов // Вестник Института социологии. 2013. № 6. С. 132-133.

⁹¹ Берсенева Е. А. и др. Заболеваемость трудовых мигрантов (обзор) // Актуальные вопросы медицины в современных условиях. 2018. С. 33.

данными по России выявляемость выше при туберкулезе и ниже при ВИЧ-инфекции.⁹²

В 2016 году в Московском научно-практическом центре дерматовенерологии и косметологии было обнаружено 1937 случаев сифилиса у мигрантов. Этот показатель в 4,1 раза больше показателя 2015 года и в 24,2 раза больше, чем в 2014 году. Значительная часть больных сифилисом мигрантов прибывает из Узбекистана (39,4%) и Таджикистана (35%). С 2014 по 2016 год в Москве наблюдается тенденция к увеличению случаев заболеваемости сифилисом среди трудовых мигрантов. У мигрантов преобладают скрытые формы сифилиса, что является потенциальным источником распространения сифилитической инфекции.⁹³

Миграция также несёт в себе угрозу завоза в Россию паразитарных болезней. Завоз гельминтозов в 36,5% случаев происходит из стран СНГ.⁹⁴

Некоторые заболевания трудовых мигрантов связаны с их трудовой деятельностью. Наиболее распространенными расстройствами, связанными с работой мигрантов, являются скелетно-мышечные, респираторные и психические заболевания. Мигранты имеют больший риск получения связанных с работой травм, чем местное население, особенно среди лиц, не имеющих разрешения на работу или вида на жительство.⁹⁵

В 2012 году в Санкт-Петербурге показатели по ВИЧ-инфекции составили 60,0 на 100 тыс. местного населения и 83,2 на 100 тыс. мигрантов, по туберкулезу 32,4 и 154,2 соответственно, по венерическим заболеваниям – 53,6 и 206,7.⁹⁶ В

⁹² Нечаева О. Б. Миграция населения и ее влияние на эпидемическую ситуацию по инфекционным социально-значимым заболеваниям // Медицинский алфавит. 2016. Т. 2. №. 18. С. 18.

⁹³ Берсенева Е. А. и др. Заболеваемость трудовых мигрантов (обзор) // Актуальные вопросы медицины в современных условиях. 2018. С. 34.

⁹⁴ Там же. С. 34.

⁹⁵ Simon J., Kiss N., Łaszewska A., Mayer S. Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения: обзор фактических данных о состоянии здоровья трудовых мигрантов в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (Обобщающий доклад Сети фактических данных в отношении здоровья №43). // URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/292926/WHO-HEN-Report-A5-1-Labour_RU-rev1.pdf. (01.12.2017)

⁹⁶ Иванова Л.Ю. Информированность трудовых мигрантов из разных регионов об опасных инфекционных заболеваниях: ВИЧ, ИППП, туберкулез, гепатит (на материалах опроса иностранных работников в Санкт-Петербурге) [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. №4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/702/30/>. (01.12.2017)

2013 году показатель частоты выявления ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов Санкт-Петербурга, обращающихся за медицинским освидетельствованием в «Единый медицинский центр», составил 171,1 на 100 тыс. человек. Этот показатель в 5 раз выше, чем среди жителей Санкт-Петербурга, где за 2008–2012 гг. среднее значение составило 34,7 на 100 тыс. населения. Однако наименьшая частота встречаемости ВИЧ - среди мигрантов из Узбекистана, Таджикистана и Киргизии. Частота выявления туберкулёза у мигрантов, проходивших медицинское освидетельствование в «Едином медицинском центре», за тот же период составляет 536,3 на 100 тыс. населения, а выявление сифилиса - 781,5 на 100 тыс.⁹⁷ Здесь мы видим расхождение с данными по России, представленными выше, согласно которым ВИЧ-инфекция более распространена среди местного населения.

Рассмотрим данные, полученные при анализе заболеваемости инфекционными болезнями среди иностранных граждан в Клинической инфекционной больнице им. С.П. Боткина в Санкт-Петербурге с 1990 по 2009 годы. Наиболее распространёнными во все годы были острые кишечные инфекции - 32,8% от всей заболеваемости. Это может быть связано с употреблением рабочими-мигрантами некачественной пищи и с несоблюдением санитарно-гигиенических норм. Также наблюдается высокая заболеваемость гриппом и другими ОРВИ – 20,3%. У пациентов из регионов бывших азиатских республик отмечена наибольшая заболеваемость высокопатогенным гриппом. Третье место по заболеваемости занимают вирусные гепатиты – 14,5%. За представленный период было госпитализировано 146 пациентов с ВИЧ-инфекцией из 15 стран. С 2000 года ВИЧ-инфекция выявляется у мигрантов из Украины (22), Азербайджана (7), Узбекистана (5). За почти 20 лет наблюдений у 93 человек выявлен туберкулез. С 2004 года наблюдается подъем заболеваемости туберкулезом именно у трудовых мигрантов из стран СНГ: из Азербайджана –

⁹⁷ Софронов А.Г., Добровольская А.Е., Пашковский В.Э., Чашин В.П., Чашин М.В., Зуева Л.П., Асланов Б.И., Гончаров А.Е. Распространенность социально-значимых инфекционных заболеваний у трудовых мигрантов в Санкт-Петербурге // Медицинский академический журнал. 2014. Т. 14, № 4. С. 80.

15,1%, Таджикистана – 9,7%, из Украины – 9,7% всех случаев. Кроме того, были зафиксированы случаи заболевания брюшным тифом – 36 человек за 20 лет из стран Азии и Африки, а в 2005-2006 гг. из Таджикистана и Азербайджана.⁹⁸

Подводя итог рассмотрению статистических данных по миграции и здоровью в России, можно сделать следующие выводы:

- перспективы иммиграции в России связаны с притоком титульных этносов из бывших союзных республик Средней Азии, в основном в форме временной трудовой миграции;

- крупные города, такие как Москва и Санкт-Петербург, продолжают оставаться центрами притяжения миграционных потоков во многом из-за своих экономических характеристик;

- имеющийся спрос на рабочую силу привлекает в Россию трудовых мигрантов из стран с более низким уровнем жизни;

- имеются расхождения в показателях заболеваемости мигрантов по данным исследований и данным, представленных в официальных публикациях. Отсутствие единой базы данных, которая бы содержала сведения об обследованных мигрантах, препятствует контролю за состоянием здоровья данной группы.

1.2. Теоретико-методологические основания исследования доступа мигрантов к медицинским услугам в контексте социальной инклюзии и интеграции

Для начала рассмотрим понятия интеграции и социальной инклюзии мигрантов и основные теоретические подходы к их изучению.

Существуют два основных значения понятия «интеграция»: объединение частей в целое и включение в целое новых элементов.

⁹⁸ См.: Яковлев А.А. Инфекционная заболеваемость мигрантов и туристов в Санкт-Петербурге / А.А. Яковлев. [и др.] // Журнал инфектологии. 2011. Т. 3, № 4. С. 49–55.

Международная организация по миграции определяет интеграцию как процесс перехода мигрантов в общество (как отдельных лиц, так и групп), как двусторонний процесс адаптации мигрантов и принимающих обществ. Интеграция предполагает рассмотрение прав и обязанностей мигрантов и принимающих обществ, доступа к различным видам услуг, рынку труда, а также выявление набора ценностей, которые связывают мигрантов и принимающие сообщества общей целью.⁹⁹

В. Мукомель выделяет несколько общих моментов, присущих большинству определений понятия «интеграция»:

- это процесс принятия мигрантов в общество индивидуально и как группу;
- ответственность за интеграцию распределяется между самими мигрантами и правительством, организациями и населением принимающей страны;
- принимающая сторона несёт ответственность за установление прав мигрантов так, чтобы индивид имел возможность участвовать в экономической, социальной, культурной и гражданской жизни;
- мигранты должны уважать основополагающие нормы и ценности принимающего общества и участвовать в процессе интеграции без потери собственной идентичности;
- указание на необходимость взаимодействия между мигрантами и принимающим обществом.¹⁰⁰

В. Ионцев и И. Ивахнюк также определяют интеграцию как двусторонний процесс, направленный на ассимиляцию и приживаемость мигрантов в принимающем обществе. Они делят интеграцию на полную и частичную. Полная интеграция строится на ассимиляции мигрантов, частичная состоит из адаптации и приживаемости.

⁹⁹ International Migration Law №25 - Glossary on Migration // URL: <http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/01/iom.pdf>. (01.10.2018)

¹⁰⁰ Мукомель В. И. Адаптация и интеграция мигрантов: методологические подходы к оценке результативности и роль принимающего общества //Россия реформирующаяся. 2016. №. 14. С. 416.

Ассимиляция понимается как процесс приспособления мигрантов, отличающихся по традициям, культуре и ценностям, к окружающему социуму, в ходе которого они трансформируют свою самоидентификацию вплоть до отказа от своей самобытности. Ассимиляция может быть универсальной и частичной. Так, например, народ может утратить свой язык, но сохранить религиозные верования. Ассимиляция мигрантов проявляется в социальном, экономическом, политическом и демографическом аспектах (в моделях брачности и рождаемости). Ассимиляция может происходить естественным и насильственным путем. Естественная ассимиляция предполагает, что мигранты вливаются в состав местного населения принимающей страны, постепенно растворяясь в нём. Принудительная (насильственная) ассимиляция проявляется в ряде мер государственной политики, которые направлены на устранение какого-либо этноса как самостоятельной единицы, но не физическим способом (например, ограничение использования национального языка с последующим полным изъятием из обращения, искоренение национальных традиций и т.д.). Такая политика зачастую провоцирует сопротивление ассимилируемого народа и является потенциальным источником межэтнических конфликтов.¹⁰¹

Что касается частичной интеграции мигрантов, то здесь необходимо определить понятия «адаптация» и «приживаемость». Адаптация – это процесс приспособления человека к новым для него условиям жизни и труда и первый шаг на пути к интеграции. Приживаемость, в свою очередь, состоит из адаптации, с одной стороны, а с другой - из обустройства мигрантов на новом месте, т.е. речь идёт о процессе достижения мигрантами уровня благосостояния местного населения.¹⁰²

Ф. Van Tubergen разделяет экономическую и социокультурную интеграцию.¹⁰³ Экономическая интеграция относится к таким вопросам, как занятость, профессиональный статус и доход. Социокультурная интеграция

¹⁰¹ Ионцев В., Ивахнюк И. Модели интеграции мигрантов в современной России // CARIM-East RR. 2013. Т. 12. URL: http://www.carim-east.eu/media/CARIM-East-RR-2013-12_RU.pdf. (01.12.2017)

¹⁰² Ионцев В., Ивахнюк И. Модели интеграции мигрантов в современной России // CARIM-East RR. 2013. Т. 12. URL: http://www.carim-east.eu/media/CARIM-East-RR-2013-12_RU.pdf. (01.12.2017)

¹⁰³ Van Tubergen F. Immigrant integration: a cross-national study. New York: LFB Scholarly Publishing LLC. 2006. P. 7.

включает социальную интеграцию, которая определяется как социальное взаимодействие между мигрантами и коренными жителями, и культурную интеграцию, определяемую как уровень, на котором мигранты и местные жители разделяют культурные ценности и паттерны. Показателями социокультурной интеграции являются контакты с местным населением (дружба и браки), членство в организациях, знание языка принимающей страны.

В. Малахов отмечает, что интеграция мигрантов может пониматься следующим образом:

- как ассимиляция. В этом случае предполагается полное растворение мигрантов в принимающем обществе. Они должны отказаться от тех черт, которые отличают их от принимающей стороны;

- как культурная адаптация мигрантов к новому окружению. Здесь от них не ожидается отказ от различных проявлений их культурной принадлежности. Для описания процесса культурной адаптации используются понятия аккультурации и аккомодации. Первый термин более или менее тождественен ассимиляции. Второй термин содержит в себе указание на то, что приспособление мигрантов к новой культурной среде предполагает изменения в их нормах и ценностях, но не требует от них смены идентичности;

- как структурная адаптация к новой среде. Это предполагает такую степень включенности в принимающее общество, при которой мигранты практически не отличаются от большей части местного населения по социально-экономическим показателям. Из культурных показателей единственным значимым здесь является владение языком.¹⁰⁴

R. Schunck также указывает, что в понимании интеграции мигрантов существует неопределённость понятий и определений. Это связано с тем, что тема интеграции всегда подвергалась нормативным политическим и общественным дебатам, которые отразились и в научном дискурсе.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Малахов В.С. Интеграция мигрантов: Концепции и практики. М.: Фонд «Либеральная Миссия». 2015. С.32-33.

¹⁰⁵ Schunck R. Transnational activities and immigrant integration in Germany. Springer, Cham. 2014. P.10.

Среди понятий, относящихся к тому, как мигранты приспосабливаются к ситуации в принимающей стране, наиболее заметны адаптация, аккультурация, ассимиляция, интеграция и инкорпорация. R. Schunck предлагает использовать интеграцию как нейтральную концепцию, которая рассматривает взаимозависимые отношения между людьми (или группами). Также он указывает, что интеграцию мигрантов можно рассматривать с микросоциологической и макросоциологической позиций. С микросоциологической точки зрения интеграция касается отдельных процессов, например, разных путей интеграции. С макросоциологической точки зрения она относится к совокупным результатам, которые описывают связь между мигрантами и местным населением.¹⁰⁶

Интересным представляется дифференцированный подход к анализу социального участия мигрантов, предполагающий рассмотрение проблемы на двух уровнях: интеграция-дезинтеграция и инклюзия-эксклюзия. На уровне интеграции-дезинтеграции происходит «включение жизненных миров мигрантов в соответствующую культурную взаимосвязь и социальные сети, формирующиеся посредством этнических и религиозных традиций, ритуалов и ценностей». Такая интериоризация инокультурных свойств предполагает определённые усилия со стороны мигрантов и является преимущественно их личным выбором. На уровне инклюзии-эксклюзии рассматривается «процесс включения иноэтнического населения в публичную сферу функционально-дифференцированного общества», т.е. участие мигрантов в учреждениях экономики, политики, образования, здравоохранения и т.д. Обеспечение инклюзии мигрантов возлагается на принимающее общество.¹⁰⁷

Что касается понятия «инклюзия», то его можно определить следующим образом: это процесс, направленный на обеспечение и достижение полного участие всех членов общества в экономической, социальной, политической и

¹⁰⁶ Schunck R. Transnational activities and immigrant integration in Germany. Springer, Cham. 2014. P.11.

¹⁰⁷ Якимова О. А. Концепции интеграции мигрантов в контексте современного развития России // Известия Уральского государственного университета. Сер. 3, Общественные науки. 2011. №2 (91). С. 54.

культурной жизни данного сообщества или общества.¹⁰⁸ Идея инклюзивного общества основана на уважении прав человека и основных свобод, культурном и религиозном разнообразии, социальной справедливости и признании особых потребностей уязвимых групп, демократическом участии и верховенстве закона. Национальная политика в отношении мигрантов может быть обозначена как интегративная, если она способствует включению иммигрантов в общество, то есть их участию в разных сферах гражданской жизни.

Можно выделить три уровня понимания социальной инклюзии: неолиберальная трактовка – социальная инклюзия как доступ; идея социальной справедливости – социальная инклюзия как участие; концепция человеческого потенциала – социальная инклюзия как расширение прав и возможностей.¹⁰⁹ Самая узкая интерпретация социальной инклюзии связана с неолиберализмом. С этой позиции социальная инклюзия предполагает инвестирование в человеческий капитал, преследуя экономические интересы, а социальное исключение сводится к ограничению доступа к возможностям, необходимым для развития человеческого капитала. Трактовка социальной инклюзии как участия относится к социальной справедливости и связана с правами человека и эгалитаризмом возможностей. Цель инклюзии – обеспечить способность всех членов общества в полной мере участвовать в его жизни с уважением их человеческого достоинства. С точки зрения концепций человеческого потенциала, достижение социальной инклюзии выходит за рамки справедливости и прав человека и стремится максимально использовать потенциал каждого человека. Здесь акцент делается на идее о том, что все люди являются многомерными существами, у которых есть свои потребности и интересы. Социальная инклюзия повышает ценность различий и разнообразия и стремится к расширению прав и возможностей.

¹⁰⁸ Urquia M. L., Gagnon A. J. Glossary: migration and health // Journal of Epidemiology & Community Health. 2011. Vol. 65, No. 5. P. 469.

¹⁰⁹ Gidley J., Hampson G., Wheeler L., Bered-Samuel E. Social inclusion: context, theory and practice // The Australasian Journal of University - Community Engagement. 2010. Vol. 5, №1. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/15613615.pdf>. (01.11.2018)

Понятие «социальная инклюзия» сформировалось в связи с понятием социальной эксклюзии (социального исключения) в 1960-х гг. Последнее было введено для объяснения механизмов воспроизводства социального неравенства вместо понятий «социальный класс» и «социальный статус». Первоначально термин «социальная эксклюзия» означал состояние людей, при котором их нищета не позволяла им пользоваться определённым набором прав и ресурсов.¹¹⁰ В настоящее время социальная эксклюзия связывается со многими неблагоприятными состояниями. Социальное исключение можно определить как частичное или полное ограничение возможности доступа индивидов или групп к социальным благам и к достижению экономического благополучия. В этой ситуации индивид, проживающий в данном обществе, не может реализовывать свои гражданские права в связи с неподконтрольными ему факторами.

Р. Охобу отмечает, что в основе всех определений социальной инклюзии лежит положение о том, что она влечёт за собой возможность доступа к ресурсам и правам.¹¹¹ Также он указывает, что социальная инклюзия касается не только обеспечения формальной возможности доступа к определённым ресурсам, но и восприятия того, что доступ возможен. Например, применительно к сфере здравоохранения, это означает, что минимальное условие в виде признания социальных прав в отношении здоровья и наличие потенциального доступа не обеспечивает включения в систему здравоохранения.

Существуют два основных методологических подхода к анализу социальной инклюзии/эксклюзии: структурный и культурный. В рамках структурного подхода анализируется наличие возможностей инклюзии на рынке труда, в сфере образования, в социальных сервисах для включения. Акцент делается на рассмотрение социальной политики, которая сглаживает или воспроизводит социальное неравенство. Здесь индивиды или группы считаются

¹¹⁰ Silver H. Social exclusion and social solidarity: Three paradigms // International Labour Review. 1994. 133(5/6). Pp. 531–578. URL: https://student.cc.uoc.gr/uploadFiles/181-%CE%9A%CE%91%CE%A0%CE%9A206/Silver_H,%20Exclusion-paradigms.pdf. (01.11.2018)

¹¹¹ Oxoby R. Understanding social inclusion, social cohesion, and social capital // International Journal of Social Economics. 2009. Vol.36, №12. P. 1136.

социально исключенными, если не имеют структурных и институциональных возможностей, что зависит от гражданско-правового статуса или особенностями функционирования организаций социального обеспечения. Для культурного подхода значимыми являются ценности, знания, паттерны, проявляющиеся в повседневных практиках, которые могут выступать как механизмы социального исключения. Этот подход подчеркивает, что наличие структурных возможностей не гарантирует, что социально исключенные группы смогут ими воспользоваться, ввиду отсутствия у них необходимых знаний, культурных и поведенческих паттернов.¹¹²

Интеграция предполагает включение в общество. Но включение и исключение мигрантов не есть нечто абсолютное. Будучи включены в одном качестве, они исключены в другом.¹¹³ В качестве целостных индивидов мигранты исключены, но как агенты определённой системы они включены. Такую ситуацию характеризует понятие «дифференциальное исключение» - политические меры, способствующие включению иммигрантов в одни сферы общества (например, рынок труда), но не в другие (например, системы социального обеспечения, гражданство и политическое участие).¹¹⁴

В странах Евросоюза в 2005 году был разработан инструмент мониторинга социальной инклюзии и положения мигрантов в Европе - Европейский Индекс гражданства и инклюзии (European Civic Citizenship and Inclusion Index). Согласно индексу, политика инклюзии в отношении мигрантов должна включать:

- инклюзию на рынке труда;
- возможность воссоединения семей;
- возможность длительного проживания на территории государства;
- натурализацию;

¹¹² Шпаковская Л. Л. Социальное исключение и стратегии его преодоления на пересечении этничности, класса и гендера // Журнал исследований социальной политики. 2013. Т. 11. №. 2. С. 236-237.

¹¹³ Малахов В.С. Интеграция мигрантов: Концепции и практики. М.: Фонд «Либеральная Миссия». 2015. С.37.

¹¹⁴ Urquia M. L., Gagnon A. J. Glossary: migration and health // Journal of Epidemiology & Community Health. 2011. Vol. 65, No. 5. P. 468.

- антидискриминационные меры.¹¹⁵

Необходимо отметить, что социальная эксклюзия связана с социальными проблемами, а социальная инклюзия имеет дело с принадлежностью к определенной группе, сообществу.¹¹⁶ Итак, социальная инклюзия должна ограничивать в обществе проявления эксклюзии. Она предполагает определённые усилия для достижения равных возможностей для всех, чтобы создать условия для полноценного участия в различных сферах жизни общества. В обеспечении социальной инклюзии должны быть задействованы основные социальные институты, в том числе и государство.

Вернёмся к теориям интеграции. Существуют различные концепции, связанные с тем, как мигранты приспосабливаются к жизни в принимающей стране и включаются в сообщество. Далее будет рассмотрено несколько зарубежных теорий, так как российские исследования, создав базу для изучения миграции в России, остаются преимущественно эмпирически ориентированными.¹¹⁷

Первые исследования интеграции мигрантов зародились в США в начале XX века. Они были посвящены отдельным этническим группам мигрантов, положению афроамериканцев, дискриминации, межнациональным бракам и т. д. Также объектом исследований были переселенцы из Старого Света. Одной из первых работ в этом направлении стал труд У. И. Томаса и Ф. В. Знанецкого «Польский крестьянин в Европе и Америке» (1918). Вышеозначенные темы развивали также Роберт Парк и другие представители Чикагской школы. Они разрабатывали теорию ассимиляции мигрантов. В частности, Р. Парк сформулировал концепцию, известную как цикл расовых отношений (Race Relations Cycle), которая предполагает, что люди, оказавшись в новом обществе, проходят 4 этапа на пути к ассимиляции: контакт или знакомство, конфликт или соперничество, попытка аккомодации (приспособления), ассимиляция. Парк и

¹¹⁵ Антонова В. К. Концепты социальной инклюзии и эксклюзии в глобальном обществе: дрейф по социальным институтам, акторам и практикам // Журнал исследований социальной политики. 2013. Т. 11. №. 2. С. 159.

¹¹⁶ Там же. С. 156.

¹¹⁷ Костенко В. В. Теории миграции: от ассимиляции к транснационализму // Журнал социологии и социальной антропологии. 2014. Т. 17. №. 3. С. 62.

Бёрджесс определяли ассимиляцию как процесс взаимопроникновения и слияния, в котором индивиды и группы приобретают воспоминания, чувства и аттитюды других людей или групп и, разделяя общий опыт и историю, инкорпорируются в общую культурную жизнь.¹¹⁸ Отметим, что в ранних моделях интеграция понимается как линейная последовательность этапов межгруппового взаимодействия, которая заканчивается полным поглощением группы иммигрантов. Более того, в то время ассимиляция рассматривалась как единственный способ включения в общество представителей иных этнокультурных групп.

Теорию ассимиляции продолжил развивать М. Гордон. В работе «Ассимиляция в американской жизни» (1964) он выделил 7 типов ассимиляции: аккультурация (принятие норм, ценностей, культурных установок нового общества), структурная ассимиляция (включение в институты общества), брачная ассимиляция (объединение), идентификационная ассимиляция (чувство единения с принимающим обществом), а также поведенческая, ценностная и гражданская ассимиляция (когда человек больше не испытывает конфликта внутренних представлений и ценностей принимающего общества).¹¹⁹

Теория ассимиляции продолжительное время не использовалась в социологической науке в связи с её этноцентризмом, а также в связи с тем, что её теоретические объяснения являлись специфическими для конкретных исторических условий и не всегда подтверждались в новых социальных реалиях.¹²⁰ Однако в 1990-х гг. появились новые исследования ассимиляции, среди которых переосмысление концепции такими учеными, как Р. Альба и В. Ни, и теория сегментной ассимиляции А. Портеса, М. Чжоу, Р. Румбо.

Р. Альба и В. Ни попытались реабилитировать теорию ассимиляции, утверждая, что в рамках теории ассимиляции получено немало социологических знаний и продолжение исследований на её основании позволяет проводить

¹¹⁸ Park R. E., Burgess E. W. Introduction to The Science of Sociology. The University of Chicago Press, Chicago, Illinois. 1921. P.735.

¹¹⁹ Костенко В. В. Теории миграции: от ассимиляции к транснационализму // Журнал социологии и социальной антропологии. 2014. Т. 17. №. 3. С. 64.

¹²⁰ См.: Schunck R. Transnational activities and immigrant integration in Germany. Springer, Cham. 2014. P.22.

сравнения миграционных волн разных периодов. Они определяли ассимиляцию как ослабление этнического разделения и следующее за этим снижение культурных и социальных различий.¹²¹ По их мнению, представители разных этнических групп оказывают влияние на мейнстрим, и происходит конвергенция культур.¹²² При этом они обращают внимание на существование социальных границ в принимающем обществе. Эти границы мигранты могут пересекать индивидуально. В этом случае различия между своими и чужими остаются нетронутыми, а мигранты принимают атрибуты новой идентичности. Границы могут смещаться под воздействием процессов в принимающем обществе, когда воссоздается групповая идентичность и линия различия членов доминирующей группы от остальных движется в сторону включения или исключения мигрантов. Добавим, что указание на этничность в этой теории связано с тем, что разная структура этнических групп и стратегии, которые они используют, обеспечивают разную степень успешности ассимиляции.

Теория сегментной ассимиляции А. Портеса, М. Чжоу, Р. Румбо была предложена для объяснения неоднородности результатов интеграции среди мигрантов в США. Авторы выделили следующие факторы, влияющие на выбор направления интеграции: человеческий капитал, модус инкорпорации и структура семьи.¹²³

Модус инкорпорации связан с интеграционными траекториями мигрантов первого поколения. К нему относятся государственная политика, восприятие принимающего общества и характеристики этнического сообщества.¹²⁴ Политика государства в отношении мигрантов может варьироваться от лояльной к мигрантам до безразличной и даже враждебной и, следовательно, может способствовать интеграции или маргинализации мигрантов. Также на

¹²¹ Цит. по: Хамидулин В. С. Теоретические подходы к исследованию проблем инкорпорации иммигрантов в принимающее общество // Гуманитарные исследования в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке. 2016. №1 (35). С.51.

¹²² Костенко В. В. Теории миграции: от ассимиляции к транснационализму // Журнал социологии и социальной антропологии. 2014. Т. 17. №. 3. С. 65.

¹²³ Portes A., Rumbaut R. G. Legacies: The story of the immigrant second generation. Berkeley: University of California Press; Russell Sage Foundation. 2001. P. 63.

¹²⁴ Portes A., Zhou M. The New Second Generation: Segmented Assimilation and Its Variants // Annals of the American Academy of Political and Social Science. 1993. Vol. 530 (1). P. 83-86.

интеграционный процесс влияет восприятие мигрантов местным населением. Если социальная дистанция между автохтонным населением и мигрантами низка, это может облегчить процесс интеграции. И, наконец, интегрированность зависит от сплоченности этнической группы: сообщества с высоким человеческим и социальным капиталом и диверсифицированной профессиональной структурой способствуют интеграции мигрантов.

А. Портес и М. Чжоу полагают, что существует три основных направления интеграции мигрантов:

- классический вариант ассимиляции в общественный мейнстрим, белый средний класс;
- ассимиляция в обедневшие и исключенные сегменты общества;
- экономическое продвижение в сочетании с намеренным сохранением норм и ценностей сообщества мигрантов (часто моноэтнического).¹²⁵

В отличие от ранних теорий, рассматривавших интеграцию в мейнстрим как единственный способ социальной мобильности для мигрантов, теория сегментной ассимиляции указывает, что интеграция в этническое сообщество может являться более эффективным средством социальной мобильности. Тут можно упомянуть исследование Р. Бретона¹²⁶, в котором ключевым фактором интеграции мигрантов в этническое сообщество названа его «институциональная наполненность» (institutional completeness), означающая, что чем больше институтов и организаций создано мигрантами в принимающей стране, тем больше вероятность, что новые мигранты также будут интегрироваться в этнические сообщества.

Портес и Румбо связывают интеграцию первого поколения с интеграцией второго поколения. Они выделяют три межпоколенческих паттерна: консонантная аккультурация, диссонантная аккультурация, селективная аккультурация. Консонантная аккультурация описывает процесс, при котором

¹²⁵ Portes A., Zhou M. The New Second Generation: Segmented Assimilation and Its Variants // Annals of the American Academy of Political and Social Science. 1993. Vol. 530 (1). P. 82.

¹²⁶ Breton R. Institutional completeness of ethnic communities and the personal relations of immigrants // American Journal of Sociology. 1964. Vol. 70, №2. Pp. 193-205.

родители и дети стремятся к быстрой интеграции в основной поток принимающего общества. Диссонантная аккультурация предполагает, что дети приобщаются к языку и культуре принимающего общества, а родители – нет. Наконец, селективная аккультурация описывает ситуацию, когда родители и дети считаются аккультурированными, но сохраняют нормы и ценности страны исхода. Предполагается, что последнее происходит благодаря включению семьи в этническое сообщество.¹²⁷ Основная идея теории сегментной ассимиляции в отношении второго поколения мигрантов заключается в том, что принимающее общество состоит из разных гетерогенных сегментов и результат интеграции зависит от сегмента принимающего общества, с которым взаимодействуют и на который ориентируются мигранты.

Теория сегментной ассимиляции, хотя и ориентирована на определенный набор условий (США), основывается на положениях, которые можно перенести в другие контексты: процесс интеграции мигрантов рассматривается как результат взаимодействия индивидуальных характеристик и контекстуальных факторов.¹²⁸

В 1990-е зародилась концепция транснационализма. В то время как теории ассимиляции фокусируются непосредственно на интеграции мигрантов, транснационализм рассматривает включение мигрантов в социальные пространства одновременно страны пребывания и страны исхода. Согласно этой теории, мигранты, включаясь в экономику и институты новой страны, не порывают со своей родиной: они формируют новые связи между двумя странами. «Мигранты физически оказываются в новой стране, но при этом их вовлеченность, информированность и заинтересованность в происходящем на родине так высока, что они остаются также и членами отправляющего общества».¹²⁹

¹²⁷ Portes A., Rumbaut R. G. Legacies: The story of the immigrant second generation. Berkeley: University of California Press; Russell Sage Foundation. 2001. P. 53-54.

¹²⁸ Schunck R. Transnational activities and immigrant integration in Germany. Springer, Cham. 2014. P.30.

¹²⁹ Костенко В. В. Теории миграции: от ассимиляции к транснационализму // Журнал социологии и социальной антропологии. 2014. Т. 17. №. 3. С. 72.

Значимой для данного исследования является теория интеграции Хартмута Эссера. Она основывается на трёх основных компонентах: определение основных вариантов действий мигрантов; связывание этих альтернатив с структурными условиями, с которыми сталкиваются мигранты; определение моделей интеграции как результата индивидуального выбора между определенными альтернативами с учетом ситуации, в которой они находятся, возможностей и ограничений.¹³⁰

В рамках этой теории выделяются индивидуальные и контекстуальные факторы процесса интеграции. На индивидуальном уровне процесс интеграции рассматривается как инвестиционное решение: иммигранты могут принять решение инвестировать время и ресурсы в конкретные страны. На этом уровне важными факторами являются мотивация и познание. Мотивация относится к субъективной полезности, связанной с определенным результатом. Познание относится к субъективной уверенности в том, что действия приведут к желаемому результату. На контекстуальном уровне возможности и ограничения являются ключевыми факторами, поскольку они составляют структурную рамку для индивидуальных действий. Так, если принимающее общество открыто и допускает социально-экономическую мобильность, то ассимиляционные стратегии будут восприниматься как полезные. Если принимающее общество враждебно к иммигрантам, ассимиляционная стратегия не может восприниматься как перспективная.¹³¹

Х. Эссер предлагает разделять системную и социальную интеграцию.¹³² Системная интеграция описывает отношения между частями социальной системы. Она связана с теми аспектами, которые существуют независимо от конкретных мотивов и отношений индивидуальных акторов. Социальная интеграция касается включения отдельных акторов в различные социальные

¹³⁰ Esser H. Assimilation, Ethnic Stratification, or Selective Acculturation? Recent Theories of the Integration of Immigrants and the Model of Intergenerational Integration // Sociologica. 2010. Vol. 4, №1. URL: <https://www.rivisteweb.it/download/article/10.2383/32055>. (01.11.2018)

¹³¹ Schunck R. Transnational activities and immigrant integration in Germany. Springer, Cham. 2014. P.31-32.

¹³² См.: Esser H. Integration and Ethnic Stratification // Freudenberg Stiftung, Towards Emerging Ethnic Classes in Europe. 2000. Vol. 1. Pp. 49-84.

подсистемы, а также распределения благ между различными группами и социального неравенства.

Эссер выделяет 4 процесса, связанных с социальной интеграцией, и соответствующие им измерения:

- аккультурация и относящееся к нему культурное измерение предполагают приобретение знаний и навыков принимающего общества, овладение языком, усвоение норм, образа жизни и т.д., то есть достижение схожести жизненных миров мигрантов и местных жителей;

- размещение и структурное измерение относятся к участию в разных сферах принимающего общества (например, в образовании или рынке труда), занятию определённых социальных позиций в зависимости от социальных характеристик;

- интеракция и социальное измерение касаются характеристик круга общения, взаимодействия с автохтонным населением;

- идентификация и эмоциональное измерение связаны с идентичностью, солидарностью и принятием базовых ценностей общества.¹³³

Модель интеграции Х. Эссера представляется наиболее универсальной, т.к. она не привязана к географическому или историческому контексту.

Измерение интеграции и инклюзии мигрантов состоит в исследовании степени включенности мигрантов в структуры общества, характера взаимосвязи принимающего общества и мигрантов. Часто успешная интеграция означает достижение сходства между мигрантами и местным населением по различным социальным характеристикам, соотношение их жизненных шансов. При этом успешная социальная интеграция не обязательно подразумевает полную интеграцию индивида на всех уровнях: речь может идти разных степенях интегрированности индивидов.¹³⁴

¹³³ Esser H. Inklusion, Integration und ethnische Schichtung // Journal für Konflikt und Gewaltforschung. 1999. Vol. 1(1). Pp. 5-34. URL: <http://www.uni-bielefeld.de/ikg/jkg/1-1999/esser.pdf>. (01.11.2018)

¹³⁴ Кропачев С. М. Прикладные исследования социально-политической интеграции мигрантов: параметры и индикаторы // Вестник СПбГУ. Сер. 6. Политология. Международные отношения. 2016. Вып. 2. С. 58.

На основе изученной литературы можно выделить следующие эмпирические показатели интеграции и социальной инклюзии:

1) Структурное измерение:

- трудовая деятельность (доступ к рынку труда, характер труда, условия труда),
- взаимодействие с правоохранительными органами,
- взаимодействие с государственными службами и социальными учреждениями (миграционная служба, школы, организации, которые оказывают помощь мигрантам и т.д.),
- уровень образования,
- уровень дохода,
- доступ к здравоохранению;

2) Культурное измерение:

- знание языка принимающей стороны,
- характер проведения досуга,
- жилищные условия,
- соблюдение религиозных практик,
- соблюдение национальных традиций страны исхода,
- следование местным традициям;

3) Социальное измерение (на уровне отношений):

- взаимодействие с представителями своей этнической группы,
- взаимодействие с семьёй,
- взаимодействие с членами принимающего общества;

4) Эмоциональное измерение:

- отношение принимающего населения, случаи дискриминации,
- установки в отношении своей и принимающей группы, идентификация.

Одним из важных индикаторов социальной интеграции мигрантов является доступ к медицинской помощи. Однако не все мигранты знают свои права, а потому могут не обращаться в медицинские учреждения. Использование мигрантами услуг здравоохранения может свидетельствовать о том, что они

более или менее знают свои права и интегрированы хотя бы на лингвистическом уровне.¹³⁵

Существующие социальные практики доступа мигрантов к услугам здравоохранения зависят как от индивидуальных факторов в виде ценностей, знаний, паттернов, проявляющихся в повседневных практиках, так и от контекстуальных факторов, связанных с национальной политикой в отношении мигрантов, существующих правил и механизмов, отношения принимающего общества.

Прежде всего дадим определение понятиям «здоровье», «медицинские услуги», «медицинская помощь» и «доступность медицинской помощи».

Можно выделить несколько основных моделей определения здоровья. Медицинская модель здоровья считает здоровьем отсутствие болезней и их симптомов, т.е. определение содержит только медицинские характеристики здоровья. В биомедицинской модели здоровье - это отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья, здесь подчеркивается значение биологических закономерностей в жизнедеятельности человека. В биосоциальной модели понятие «здоровье» предполагает единство как биологических, так и социальных параметров, но приоритет отдается социальным признакам. Ценностно-социальная модель рассматривает здоровье в качестве ценности, необходимой предпосылки для полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участия в труде и социальной жизни, в экономической и других видах деятельности.¹³⁶

Другой подход предполагает деление на классическую и неклассическую трактовку. Классическая биомедицинская трактовка определяет здоровье через биологические функции организма, через отсутствие патологий. Она основывается на следующих положениях: болезнь – это отклонение от нормы, которое нужно исправить; рассмотрении пациента не как личности, а как

¹³⁵ Кропачев С. М. Прикладные исследования социально-политической интеграции мигрантов: параметры и индикаторы // Вестник СПбГУ. Сер. 6. Политология. Международные отношения. 2016. Вып. 2. С. 59.

¹³⁶ Миронова Е. В. Теоретический подход к определению понятий здоровья и здорового образа жизни // Известия ПГУ им. В.Г. Белинского. 2006. №1 (5). С.131.

больного тела, которое нужно лечить; медики - единственные специалисты в области здоровья и болезни. Неклассическая трактовка считает, что нельзя рассматривать здоровье исключительно в медицинских трактовках, пациента – как пассивного объекта, здоровье сводить к отсутствию отклонений в органах тела, к освобождению от болезни. В рамках этой трактовки подчеркивается социальная обусловленность болезни, важности для лечения опыта болезни, немедицинского взгляда пациента. Индивид в процессе идентификации через коммуникации воспринимает образ здоровья и выбирает те или иные практики заботы о нём в контексте рыночной и государственной медицины, в широком спектре альтернативных медицины.¹³⁷

Что касается понятий «медицинская услуга» и «медицинская помощь», то первое в большей степени указывает на возмездный характер отношений, возникающих между лицом, предоставляющим услугу, и потребителем, на рыночный механизм реализации, а второе понятие содержит этический аспект профессиональной деятельности врача. Однако поскольку система здравоохранения не является полностью бесплатной, т.к. функционирует за счет налоговых взносов, границы между понятиями «медицинская услуга», «медицинская помощь» (а также «услуга здравоохранения») в данной работе проводиться не будет. Воспользуемся следующим определением «медицинской помощи»: «это совокупность профилактических, диагностических, консультативных, лечебных, реабилитационных мероприятий, оказываемых медицинскими организациями и квалифицированными профессионалами института здравоохранения на основе действующего законодательства, которые направлены на улучшение и поддержание здоровья индивида».¹³⁸

Изучение доступности медицинских услуг предполагает анализ множества факторов. Понятие доступа к медицинской помощи концептуализировалось по-разному в зависимости от происходивших в системе здравоохранения

¹³⁷ Савельева Ж. В. Здоровье и болезнь в контексте социологической теории: специфика интерпретаций // Вестник Казанского технологического университета. 2012. Т. 15, №. 22. С.203-205.

¹³⁸ Вялых Н.А. Механизмы социальной дифференциации в сфере доступа к услугам здравоохранения : дис. канд. соц. наук: 22.00.04 / Вялых Никита Андреевич; [Место защиты: Южный федеральный университет].Ростов-на-Дону, 2012. С. 25.

изменений. Первоначально под доступом понималась возможность попасть в систему оказания медицинских услуг - реализовать первичный доступ.¹³⁹ Соответственно, в качестве механизма обеспечения равного доступа рассматривалось введение медицинского страхования, которое привело бы к одинаковому уровню использования услуг здравоохранения в разных группах. Однако такой подход не отражает в полной мере задач здравоохранения. Поэтому в современных условиях доступ к услугам здравоохранения включает «процесс прохождения пациентом всех стадий медицинской помощи - от момента вступления во взаимодействие с врачом до получения конечного результата в виде реальных сдвигов в состоянии его здоровья».¹⁴⁰ Доступность медицинской помощи также можно определить как свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров.¹⁴¹

Рассмотрим, как связаны миграция и здоровье. Согласно Е.О. Im и К. Yang, существуют три группы теорий об их взаимосвязи: селективная миграция, негативное влияние иммиграции на здоровье и аккультурация.¹⁴²

Теории селективной миграции в отношении здоровья рассматривают миграцию как тип естественного отбора. В рамках этой теории мигранты представляют собой здоровую группу людей, способных реагировать на различные угрозы здоровью (ограниченный доступ к медицинской помощи, риск инфекционных заболеваний, повышенный стресс и т.д.). Предполагается, что хорошее состояние здоровья положительно влияет на склонность человека к миграции. В эту группу теорий вписывается и «эффект здорового мигранта». Однако теория селективной миграции в отношении здоровья отличается тем, что она сравнивает результаты здоровья мигрантов с населением в стране исхода, не

¹³⁹ Русинова Н. Л. Доступ к услугам здравоохранения: методологические подходы и методы измерения / Н. Л. Русинова, Л. В. Панова // Журнал социологии и социальной антропологии. 2002. Т. 5, № 4. С. 149.

¹⁴⁰ Русинова Н. Л. Доступ к услугам здравоохранения: методологические подходы и методы измерения / Н. Л. Русинова, Л. В. Панова // Журнал социологии и социальной антропологии. 2002. Т. 5, № 4. С. 150.

¹⁴¹ Еругина М. В. и др. Доступность медицинской помощи как обязательный социальный предиктор здоровья населения в России // Саратовский научно-медицинский журнал. 2016. Т. 12. №. 2. С.102.

¹⁴² Im E. O., Yang K. Theories on immigrant women's health // Health care for women international. 2006. Vol. 27 (8). P.667.

участвовавшим в миграции, в то время как эффект здорового мигранта предполагает сравнение мигрантов с местным населением принимающей страны.¹⁴³ К примеру, в исследовании мексиканских мигрантов, которое провели Rubalcava L. N., Teruel G. M., Thomas D., Goldman N.¹⁴⁴, было обнаружено подтверждение теории для отдельных групп мигрантов. К этим теориям можно отнести и эпидемиологический парадокс (также «Hispanic paradox» или «Mexican paradox»), суть которого состоит в том, что некоторые группы мигрантов имеют лучшее здоровье, чем население в среднем, несмотря на низкий уровень доходов, образования и доступа к медицинским услугам.^{145 146} В ряде исследований обнаруживалось, что смертность мигрантов ниже, чем у автохтонного населения. Это различие также списывалось на счет селективности миграции: если мигрируют люди с лучшим состоянием здоровья, то с большей вероятностью проживут дольше. Альтернативное объяснение получило название «искажение лосося» (salmon bias).¹⁴⁷ Эта гипотеза заключается в том, что старые мигранты склонны возвращаться перед смертью в страну происхождения, что не учитывается в национальных реестрах и приводит к недооценке смертности мигрантов.¹⁴⁸

Теории «негативного влияния иммиграции» предполагают, что миграция является стрессовой ситуацией, а сопровождающие её изменения в образе жизни могут принести новые риски для здоровья. К факторам, которые могут негативно влиять на здоровье мигрантов, относятся: условия жизни, заболеваемость в странах происхождения мигрантов, экологические условия, социальная изоляция, культурные конфликты, низкий социально-экономический статус,

¹⁴³ Urquia M. L., Gagnon A. J. Glossary: migration and health // Journal of Epidemiology & Community Health. 2011. Vol. 65, No. 5. P.471.

¹⁴⁴ Rubalcava L. N., Teruel G. M., Thomas D., Goldman N. The healthy migrant effect: new findings from the Mexican Family Life Survey // American journal of public health. 2008. Vol.98. №1. Pp. 78-84.

¹⁴⁵ Fuentes-Afflick E., Hessol N. A., Pérez-Stable E. J. Testing the epidemiologic paradox of low birth weight in Latinos // Archives of pediatrics & adolescent medicine. 1999. Vol. 153 (2). Pp. 147-153.

¹⁴⁶ Rosenberg T. J., Raggio T. P., Chiasson M. A. A further examination of the «epidemiologic paradox»: birth outcomes among Latinas // Journal of the National Medical Association. 2005. Vol. 97, №4. Pp. 550-556.

¹⁴⁷ Кашницкий И. Long-Distance Migration and Mortality in Sweden: Testing the Salmon Bias and Healthy Migrant Hypotheses // Демографический дайджест. Демоскоп Weekly. 2016. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2016/0707/digest01.php>. (01.12.2018)

¹⁴⁸ Urquia M. L., Gagnon A. J. Glossary: migration and health // Journal of Epidemiology & Community Health. 2011. Vol. 65, No. 5. P.471.

дискриминация и т.д. Примером негативного влияния миграции на здоровье является высокий уровень стресса, распространенный в этой группе.¹⁴⁹ В исследовании Cuellar, Bastida и Braccio¹⁵⁰ мексиканские мигранты показали больший уровень стресса, чем американцы мексиканского происхождения, родившиеся в США.

В рамках теорий аккультурации ожидается, что мигранты адаптируются к новой культуре, новым нормам и ценностям, а также к практикам здравоохранения принимающего общества. Аккультурация рассматривается как желательный вариант в отношении здоровья мигрантов. Сюда относится, например, гипотеза конвергенции, которая состоит в том, что независимо от наличия различий в здоровье между вновь прибывшими мигрантами и принимающим населением, такие различия будут исчезать со временем.¹⁵¹ Иной взгляд предлагает гипотеза сегментной ассимиляции, утверждающая, что результаты в отношении здоровья мигрантов приходят в соответствие с результатами, наблюдаемыми в этнических группах, в которые включаются мигранты. Например, в работе Urquía M. L. и др. обнаружено, что связь между миграцией и неблагоприятными исходами родов варьируется в зависимости от принадлежности к соответствующей мигрантской группе.¹⁵²

Перейдём к рассмотрению существующих моделей анализа доступа к медицинским услугам. P. Q. Yang и S. H. Hwang, подчёркивая, что в 1990-х гг. наиболее популярной стала поведенческая модель Рональда М. Андерсена, выделяют 4 группы более ранних влиятельных моделей: социологические, социально-психологические, институциональные модели и модель убеждений о здоровье И. Розенстока.¹⁵³

¹⁴⁹ Im E. O., Yang K. Theories on immigrant women's health // Health care for women international. 2006. Vol. 27 (8). P.668.

¹⁵⁰ Cuellar I., Bastida E., Braccio S. M. Residency in the United States, subjective well-being, and depression in an older Mexican-origin sample // Journal of aging and health. 2004. Vol. 16, №4. Pp. 447-466.

¹⁵¹ Urquía M. L., Gagnon A. J. Glossary: migration and health // Journal of Epidemiology & Community Health. 2011. Vol. 65, No. 5. P.468.

¹⁵² Urquía M. L. et al. International migration and adverse birth outcomes: role of ethnicity, region of origin and destination // Journal of Epidemiology & Community Health. 2010. Vol. 64, №3. Pp. 243-251.

¹⁵³ Yang P. Q., Hwang S. H. Explaining immigrant health service utilization: a theoretical framework // SAGE Open. URL: <https://doi.org/10.1177/2158244016648137>. (01.10.2018)

Социологические модели используют понятие «роль больного» для объяснения поведения индивида. Например, Т. Парсонс¹⁵⁴, чья теория была одной из первых в концептуализации обращений за медицинской помощью, рассматривает болезнь как дисфункцию или отклонение от нормальной функции. «Слишком низкий общий уровень здоровья, слишком высокая склонность к заболеваниям нарушают функции общества: в первую очередь это происходит потому, что болезнь нарушает эффективное выполнение социальных ролей».¹⁵⁵ Поведение в области поиска медицинской помощи и восстановление здоровья рассматривается как способ вернуться к нормальной роли. Отметим, что эта теория не объясняет различия в поведении людей при обращении за медицинскими услугами. В модели стадий поведения при болезни Е.А. Suchman¹⁵⁶ выделяет пять этапов принятия людьми решения о том, следует ли обращаться за медицинской помощью: переживание симптомов, принятие роли больного, контакт с медицинской помощью, принятие роли зависимого пациента, выздоровление. Обе эти теории не рассматривают ресурсы, необходимые для доступа к медицинской помощи, и роль системы здравоохранения.¹⁵⁷

Социально-психологические модели акцентируют внимание на психологических факторах. Например, Stoeckle, Zola и Davidson¹⁵⁸ предложили три категории психологических детерминант доступа к медицинской помощи: убеждения пациентов, их знания об их симптомах; их отношение и ожидания относительно врачей и служб здравоохранения; их понимание болезни и необходимости обращаться за медицинской помощью. Социально-

¹⁵⁴ См.: Parsons T. The Social System. New York: Free Press, 1951. 376 p.

¹⁵⁵ Цит. по: Светличная Т. Г., Цыганова О. А., Борчанинова Е. Л. Медико-социологический подход к анализу потребления медицинских услуг: основные положения // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. Т. 20, № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/mediko-sotsiologicheskiiy-podhod-k-analizu-potrebleniya-meditsinskih-uslug-osnovnye-polozheniya>. (01.11.2018)

¹⁵⁶ Suchman E. A. Social patterns of illness and medical care // Journal of Health and Human Behavior. 1965. Vol.6, №1. Pp. 2-16.

¹⁵⁷ Yang P. Q., Hwang S. H. Explaining immigrant health service utilization: a theoretical framework // SAGE Open. URL: <https://doi.org/10.1177/2158244016648137>. (01.10.2018)

¹⁵⁸ Stoeckle J. D., Zola I. K., Davidson G. E. On going to see the doctor, the contributions of the patient to the decision to seek medical aid: A selective review // Journal of chronic diseases. 1963. Vol.16, №9. Pp. 975-989.

психологический подход пренебрегает социальным и институциональным контекстом, не учитывает роль системы предоставления медицинских услуг.

Институциональные модели рассматривают доступ к медицинским услугам как результат структуры системы здравоохранения.¹⁵⁹ Различия в системе медицинского страхования, распределении медицинских услуг, качестве и количестве медицинского персонала и медицинских учреждений и т.д. - всё это влияет на реализацию доступа к медицинским услугам.

В 1960-х гг. I. Rosenstock предложил более объемлющую концепцию - модель убеждений о здоровье. Идея заключается в том, что восприятие личной угрозы здоровью является основной предпосылкой для изменения поведения. Он выделил 4 компонента: индивидуальные различия, влияющие на поведение; воспринятые угрозы здоровью; ощутимая польза от принятия мер, осознание преимуществ и препятствий; факторы, способствующие реализации желаемого поведения.¹⁶⁰ В 1970-х годах Rosenstock добавил ряд внешних параметров: демографические (пол, возраст, этническая принадлежность, образование), социально-психологические (социальный класс, социальное давление) и структурные (знания о болезни и предшествующий контакт с болезнью).¹⁶¹ Однако он не признает прямого влияния этих факторов на использование медицинской помощи. Кроме того, модель представляет индивида излишне рациональным, не учитывает, как формируются убеждения о здоровье и влияние системы здравоохранения.

Достаточно популярной является модель поведенческая модель Р.М. Андерсена. Она была впервые предложена в 1968 году и прошла через несколько этапов развития. В первоначальном варианте Андерсен обозначил три группы факторов, объясняющих доступ к медицинским услугам:

¹⁵⁹ Gibson G. Explanatory models and strategies for social change in health care behavior // Social Science & Medicine (1967). 1972. Vol. 6, №5. Pp. 635-639.

¹⁶⁰ Цит. по: Светличная Т. Г., Цыганова О. А., Борчанинова Е. Л. Медико-социологический подход к анализу потребления медицинских услуг: основные положения // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. Т. 20, № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/mediko-sotsiologicheskiy-podhod-k-analizu-potrebleniya-meditsinskih-uslug-osnovnye-polozeniya>. (01.11.2018)

¹⁶¹ См.: Rosenstock I. M. Historical origins of the health belief model // Health education monographs. 1974. Vol. 2, №4. Pp. 328-335.

- предрасположенность к использованию медицинских услуг (демографические параметры, социальная структура, убеждения в отношении здоровья);
- благоприятствующие факторы, включая личные или семейные ресурсы (доход, медицинское страхование и т.д.) и ресурсы сообщества (наличие медицинского персонала и медицинских учреждений);
- потребность в медицинской помощи (включая предполагаемые потребности и клинически оцененные потребности).¹⁶²

В 1970-х годах модель Андерсена модель была пересмотрена.¹⁶³ В новый вариант была добавлена новая категория детерминант - система здравоохранения, включающая в себя политику, ресурсы и организацию здравоохранения. Кроме того, модель стала включать тип, место, цель и временной интервал получения доступа к медицинским услугам.

В 1980-1990-х годах произошёл третий этап в развитии данной модели. Была добавлена ещё одна категория детерминант - внешняя среда, включающая физические, политические и экономические факторы. Также модель стала учитывать личные медицинские практики, такие как диета, физические упражнения и др.¹⁶⁴

Четвёртый этап в развитии модели пришёлся на 1990-е гг. На этом этапе подчеркивается динамический характер модели, а также демонстрируется обратная связь между параметрами. Она отображает многочисленные воздействия на использование медицинских услуг.¹⁶⁵

¹⁶² Andersen R.M. Behavioral Model of Families: Use of Health Services // Research Series. № 25. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 1968. 111 p.

¹⁶³ См. напр.: Andersen R., Newman J.F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States // Milbank Memorial Fund Quarterly. 1973. Vol. 51. № 1. Pp. 95-124.

¹⁶⁴ Yang P. Q., Hwang S. H. Explaining immigrant health service utilization: a theoretical framework // SAGE Open. URL: <https://doi.org/10.1177/2158244016648137>. (01.10.2018)

¹⁶⁵ Andersen R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? // Journal of health and social behavior. 1995. Vol. 36, №1. P. 7.

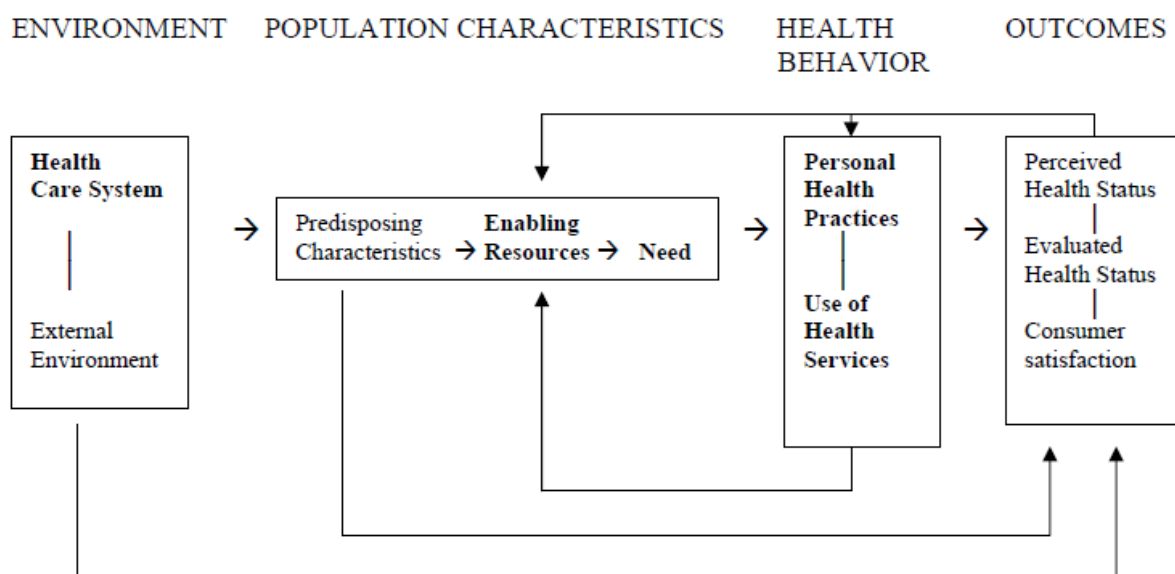


Рис. 1. Модель Р. Андерсена (1995)

На Рис. 1 изображена итоговая модель Андерсена.¹⁶⁶ Рассмотрим подробнее каждую группу параметров, а также возможность их использования в рамках данной работы. Факторы окружающей среды включают в себя систему здравоохранения и внешнюю среду. Параметр «система здравоохранения» включает национальную политику здравоохранения и организацию системы здравоохранения. Меры здравоохранения в отношении мигрантов в России будут рассмотрены в следующей главе. Внешняя среда состоит из физических, политических и экономических условия, однако здесь этот аспект не будет подробно рассмотрен.

К характеристикам населения относятся предрасполагающие характеристики, вспомогательные ресурсы и потребности. Предрасполагающие характеристики включают: демографические факторы (пол, возраст), факторы социальной структуры (образование, профессия, этническая принадлежность, иммиграционный статус), убеждения в отношении здоровья. Вспомогательные ресурсы включают личные ресурсы и ресурсы группы (доход, медицинское страхование и другие средства получения доступа к медицинским услугам). Эти характеристики также будут учтены, так как они важны и для анализа доступа к

¹⁶⁶ Andersen R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? // Journal of health and social behavior. 1995. Vol. 36, №1. P. 8.

услугам здравоохранения, и для анализа интеграции мигрантов. Потребность в медицинской помощи, как уже отмечалось, включает предполагаемые потребности и клинически оцененные потребности. В рамках данного исследования возможно выявить лишь индивидуально воспринимаемые потребности.

Следующая группа факторов связана с поведением в области здравоохранения: это личные медицинские практики и использование медицинских услуг. Выбор тех или иных практик зависит от ранее описанных параметров. В результате будут описаны способы получения медицинской помощи, используемые мигрантами.

Последняя группа – результаты. Она включает: воспринимаемый статус здоровья, оценку состояния здоровья, удовлетворенность потребителей. Здоровый человек, который удовлетворен полученным лечением, является идеальным результатом. Однако в данной работе оценить в полной мере эту группу параметров нет возможности. Нужно отметить, что данное исследование делает акцент в большей степени на процессе получения медицинской помощи, на стратегиях, которые реализуют мигранты, их опыте, связанном с здоровьем и болезнью, а не на результате использования медицинских услуг.

Отметим ещё несколько работ. А. Graves, в рамках поведенческой модели, включает в понятие доступа к медицинским услугам такие параметры, как наличие условий и ресурсов удовлетворения потребности в медицинской помощи, ценовую приемлемость, высокий уровень качества. По её мнению, наличие условий и ресурсов удовлетворения потребности означает географическую доступность медицинских услуг.¹⁶⁷ М. Guagliardo изучает стадии доступа к медицинским услугам и барьеры на пути к доступу. Он выделяет две стадии доступа: потенциальный и реализованный. Первый связан с тем, как соотносятся потребностей населения с системой здравоохранения, способна ли она обеспечить удовлетворение этих потребностей. Реализованный

¹⁶⁷ Цит. по: Вялых Н.А. Социологическая диагностика доступности медицинской помощи в современной России // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2015. №1 (29). С.41.

доступ - это реально оказанная медицинская помощь, когда барьеры к ней преодолены.¹⁶⁸ М. Dixon-Woods, D. Cavers, S. Agarwal использовали метод «критического интерпретационного синтеза» для анализа литературы о доступе к услугам здравоохранения уязвимых групп. Они сделали вывод о том, что службы здравоохранения постоянно стремятся определить соответствующие объекты медицинской помощи и вмешательства, в то же время люди также занимаются определением того, какой объект, по их мнению, является подходящим для медицинской помощи, т.е. индивид конституирует доступ к услугам здравоохранения, признавая себя подходящим для него объектом. Доступ представляет собой взаимодействие между этими процессами.¹⁶⁹

Подведём итог. В рамках данной работы интеграция мигрантов определяется следующим образом: это вовлечение мигрантов в различные аспекты жизни принимающего общества, не требующее при этом их отказа от связей со страной происхождения, но предполагающее изучение языка принимающей страны и понимание культурных норм со стороны мигрантов и участие в развитии социальных связей с мигрантами со стороны принимающего общества. Интеграция касается взаимозависимых отношений между индивидами или группами. Отметим также, что принимающее общество состоит из гетерогенных сегментов и способ интеграции зависит от того, на какой сегмент ориентируется и с каким сегментом взаимодействует мигрант.

Понятие социальной инклюзии дополняет понятие интеграции. Социальная инклюзия - это процесс, который должен ограничить проявления в обществе ситуаций, когда существуют барьеры, препятствующие доступу к социальным благам, в число которых входят услуги здравоохранения. В социальной инклюзии заключается возможность государства проводить политику интеграции.

¹⁶⁸ Guagliardo M. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges // International Journal of Health Geographics. 2004. № 3 (3). URL: <http://www.ij-healthgeographics.com/content/3/1/3> (01.12.2018).

¹⁶⁹ Dixon-Woods M., Cavers D., Agarwal S. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups // BMC Medical Research Methodology. 2006. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/6/35/> (01.12.2018)

Мигранты, сталкиваясь с такими трудностями, как работа в тяжёлых условиях, проблемы с документами, недостаток информации, ограниченные денежные средства, дискриминационные практики со стороны принимающего общества и т.д., ищут различные пути для получения медицинской помощи. Закрытость системы здравоохранения для мигрантов порождает проблемы со здоровьем и различные социальные риски, которые создают барьеры на пути к интеграции. Чтобы проанализировать доступ мигрантов к медицинской помощи, за основу взята поведенческая модель Андерсена, которая позволяет учитывать индивидуальные и контекстуальные характеристики.

1.3. Здоровье мигрантов и доступ к медицинским услугам: обзор исследований

Прежде всего, нужно отметить, что на фоне большого числа исследований по социально-экономическим аспектам миграции, исследования, посвящённые изучению состояния здоровья мигрантов из Средней Азии в России, ситуации с медицинским обслуживанием и их доступом к услугам здравоохранения, являются достаточно малочисленными. Данные вопросы стали появляться в исследованиях мигрантов в России только в 2000-е гг. Так, ещё в 2002-2004 гг. в рамках исследования «Незаконная миграция в/через Россию» было выявлено, что одними из самых значимых для мигрантов проблем, кроме легализации их статуса и работы, являются медицина и жилье. Обнаружилось, что около 80% мигрантов не имели возможности пользоваться бесплатной медицинской помощью; 36% обращались в коммерческие медицинские центры; 60% выбирали самолечение. У 60% респондентов наибольшую неудовлетворенность респондентов вызывало именно медицинское обслуживание.¹⁷⁰ В проведённых позднее исследованиях (2006-2007 гг.), связанных с проблемами нарушения прав

¹⁷⁰ См.: Проблема незаконной миграции в России: реалии и поиск решений (по итогам социологического исследования) / Международная организация по миграции (МОМ), Бюро МОМ в России. М.: Гендальф; 2004. 520 с.

мигрантов в различных сферах, было установлено, что 33,5% опрошенных мигрантов сталкивались с нарушением своих прав при получении медицинского обслуживания. Также было выявлено, что для мигрантов в Центральном Федеральном округе возможность получить бесплатное медицинское обслуживание увеличивалась в зависимости от длительности пребывания (50% в первый год приезда, до 67% при проживании более 5 лет), однако для мигрантов в Северо-Западном Федеральном округе наблюдалась противоположная тенденция (85,7% в первый год приезда, 74,7% при проживании более 5 лет).¹⁷¹

На основании обзора литературы была составлена концептуальная карта, которая находится в Приложении 1. В исследованиях, связанных с темой доступа мигрантов из Средней Азии к услугам здравоохранения в России в контексте социальной инклюзии и интеграции, можно выделить два основных блока: взаимодействие мигрантов с системой здравоохранения и состояние здоровья мигрантов. Кроме того, можно обозначить тематический блок, посвященный с гендерными различиями в практиках здоровья и связанный с двумя вышеозначенными. В рамках тематики «состояние здоровья мигрантов» выделяются работы, посвященные социально-значимым и опасным для окружающих заболеваниям, среди которых особое внимание уделено ВИЧ/СПИД, а также работы, в которых изучается сексуальное и репродуктивное здоровье. Отдельно обозначены исследования, рассматривающие различного рода риски для здоровья и информированность о заболеваниях, которые влияют на возможность поддерживать здоровье на должном уровне. Среди различных аспектов взаимодействия мигрантов с системой здравоохранения особое внимание в ряде работ уделено выявлению стратегий в получении медицинской помощи и барьеров, препятствующих этому. Необходимо отметить, что многие работы так или иначе затрагивают разные тематические блоки, поэтому результаты, к которым пришли авторы, будут освещены в одном из разделов.

¹⁷¹ См.: Мигранты в социокультурном пространстве региона. Социологические очерки / Под ред. чл.-корр. РАН М.К. Горшкова. М.: Альфа-М, 2009. 176 с.

Среди работ, связанных с состоянием здоровья мигрантов, стоит отметить работу Кислицыной О.А., в рамках которой проанализированы данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья (раунд 18, 2009 год). Выборка была ограничена респондентами старше 18 лет (7910 человек), которые были поделены на три категории: тех, кто никогда не переезжал на другое место жительства; внутренние мигранты; внешние мигранты. Внешние мигранты разделены на тех, кто приехал из европейских стран СНГ, азиатских стран СНГ, а также стран за пределами СНГ. Можно выделить следующие значимые в рамках данного обзора выводы: внешние мигранты из европейских и азиатских стран СНГ курят с большей вероятностью по сравнению с местными жителями, при этом вероятность курения выше на 40% для мигрантов из азиатских стран СНГ; вероятность иметь хронические заболевания и риск высокого давления выше для низко образованных респондентов, которые чаще встречаются среди мигрантов из азиатских стран СНГ; различия в поведении с ущербом для здоровья между коренными россиянами и иммигрантами из азиатских стран СНГ объясняются социально-экономическими различиями (27,5%) и жилищными условиями (30%).¹⁷²

В группе работ, посвященных социально-значимым и опасным для окружающих заболеваниям, в частности ВИЧ-инфекциям, ретроспективный анализ заболеваемости осуществлён в статьях Яковлева А.А. и Беякова Н.А., причём данные были собраны в Санкт-Петербурге. В первом случае ретроспективный анализ заболеваемости инфекционными болезнями среди граждан иностранных государств за период 1990-2009 гг. был проведён в Клинической инфекционной больнице им. С.П. Боткина в Санкт-Петербурге. Наиболее высокие показатели инфекционной заболеваемости отмечались у приезжих из Таджикистана и Узбекистана. Наибольшую эпидемиологическую угрозу представляли мигранты с высококонтагиозными заболеваниями: туберкулёз, ВИЧ-инфекция и брюшной тиф. В указанные период было

¹⁷² Кислицына О.А. Моделирование различий в состоянии здоровья мигрантов и россиян // Народонаселение. - 2013. №3. С. 68-81.

госпитализировано 146 пациентов с ВИЧ-инфекцией. Часть мигрантов поступала в инфекционный стационар на прогрессирующих стадиях заболевания, в том числе с комплексом оппортунистических инфекций, наиболее частой из которых являлся туберкулёз.¹⁷³ Во втором случае оценка распространенности ВИЧ-инфекции среди мигрантов изучалась по материалам отдела эпидемиологии и медицинской статистики СПб Центра СПИД, кабинета Центра на базе Единого Медицинского Центра. Обнаружилось, что выявляемость ВИЧ-инфекции среди мигрантов в Санкт-Петербурге составляет 1,6 на 1000 обследованных, что значительно ниже показателя среди жителей города (4,0). Выявлено ежегодное увеличение количества вновь выявленных ВИЧ-инфицированных иностранных граждан за 2011-2013 гг. с 330 до 515 человек, что составляет 1/6 от общего числа выявленных случаев в 2013 году. Около 43% мигрантов с ВИЧ нуждаются в назначении ВААРТ, но не могут получать, так как не являются гражданами РФ.¹⁷⁴

В исследовании Полетаева Д.В. и Флоринской Ю.Ф. затрагиваются как вопросы заболеваемости ВИЧ и туберкулёзом, так и вопросы информированности мигрантов об этих заболеваниях. Применён метод анкетного опроса. Размер выборки составил 1750 респондентов (400 в Киргизии, 400 в Таджикистане, 400 в Казахстане, 650 в России) от 18-60 лет. Было выявлено, что уровень заболеваемости больных ВИЧ-инфекцией напрямую связан с уровнем распространения туберкулёза в регионе. Около четверти опрошенных ничего не знают о туберкулёзе. Наименее осведомлёнными оказались узбекистанцы. В целом респонденты, которые заявили, что что-то знают о туберкулёзе, хорошо осведомлены о рисках заражения им (82% дали правильный ответ), а около половины опрошенных (47%) знают о конкретных местах лечения туберкулёза. Среди опрошенных у 10% есть родственники или знакомые на родине, заразившиеся туберкулезом, а у 2% - родственники или

¹⁷³ Яковлев А.А. Инфекционная заболеваемость мигрантов и туристов в Санкт-Петербурге / А.А. Яковлев. [и др.] // Журнал инфектологии. 2011. Т. 3, № 4. С. 49–55.

¹⁷⁴ Беляков Н. А. и др. Изучение распространенности ВИЧ-инфекции среди иностранных мигрантов в Санкт-Петербурге //ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2014. Т. 6. №. 4. С. 7-16.

знакомые, заразившиеся в России. Что касается ВИЧ/СПИДа, почти каждый третий мигрант заявил, что ничего не знает об этом. Опрошенные мигранты мало обеспокоены опасностью заражения ВИЧ: 60% вообще не задумывались об этом. Большинство плохо представляют себе, где можно анонимно сдать анализы на наличие ВИЧ (знают лишь 18%). В целом распространенность ВИЧ-инфекции среди мигрантов пока не очень велика. В ответ на вопрос о наличии родственников и знакомых, заразившихся ВИЧ, 98% опрошенных дали отрицательный ответ.¹⁷⁵

Работа Weine S., Bahromov M., Mirzoev A.¹⁷⁶, данные для которой были собраны в 2005 году, является самой ранней из собранных исследований по изучаемой теме. Для сбора данных использовались качественные методы (минимально структурированные интервью, фокус-группа). Результаты исследования свидетельствуют о суровых условиях жизни и работы таджикских мигрантов, они испытывают ряд проблем: дискриминация, побои, лишение свободы, бедность, небезопасное жилье, отсутствие доступа к общей медицинской помощи и санитарному просвещению; отсутствие доступа к информации о ВИЧ, тестированию на ВИЧ и лечению ВИЧ. Такие же данные относительно социально-экономических аспектов жизни мигрантов были получены в исследовании Полетаева Д.В. и Флоринской Ю.Ф.¹⁷⁷ Кроме того, многие таджикские мигранты в Москве подвергаются высокому риску заражения ВИЧ/СПИДом из-за незащищенных сексуальных контактов с работниками коммерческого секса, часто сопровождающихся употреблением алкоголя. Мужчины-мигранты, как правило, не проходят тестирование и не говорят о ВИЧ-инфекции со своими семьями. Полученные данные

¹⁷⁵ Полетаев Д.В., Флоринская Ю.Ф. Осведомленность мигрантов о туберкулезе и ВИЧ-инфекции. Москва. 2015. 40 с.

¹⁷⁶ Weine S., Bahromov M., Mirzoev A. Unprotected Tajik male migrant workers in Moscow at risk for HIV/AIDS // Journal of Immigrant & Minority Health. 2008. №10(5). P. 461-468.

¹⁷⁷ Полетаев Д.В., Флоринская Ю.Ф. Осведомленность мигрантов о туберкулезе и ВИЧ-инфекции. Москва. 2015. 40 с.

свидетельствуют о том, что мигранты недостаточно осведомлены или убеждены в опасностях ВИЧ / СПИД, чтобы изменить свое поведение.¹⁷⁸

Анализу сексуального и репродуктивного здоровья посвящены исследования Гальперина А. М. и др., 2013; Тюрюкановой Е.В.(ред.), 2011; Рочевой А.Л., 2014; Рязанцева С.В., Акрамова Ш.Ю., 2014; Sergeev B., Kazanets I., et al., 2015; Zabrocki C., Polutnik, C., et al., 2015.

В исследовании А. М. Гальперина и И. В. Борзунова проведена оценка состояния репродуктивного здоровья 206 женщин – трудовых мигранток, вставших на учет по беременности в поликлиническом отделении №1 на базе Центральной городской больницы №3 г. Екатеринбурга. Больше половины (61,5%) беременных мигранток пришли вставать на учет уже во втором триместре беременности, а почти четверть из них в третьем триместре. Более 10 % всех беременностей приходится на выкидыши и регрессирующую беременность приходится, что часто является результатом тяжелой работы или невозможностью нормального медицинского наблюдения и ранней постановки на учет. Поздняя постановка беременных мигранток на учет приводит к несвоевременному выявлению экстрагенитальных заболеваний, что значительно осложняет течение беременности и родов. Также было выявлено, что 84,5% женщины являются замужними и представляют т.н. «зависимую» модель миграции (миграция «за мужем»).

Работа Рязанцева С.В. и Акрамова Ш.Ю. посвящена влиянию трудовой миграции на здоровье мигрантов в России и их супругов в Таджикистане. Авторы выявили, что осведомленность о контрацепции среди женщин в Таджикистане довольно высока. Примерно девять из десяти замужних женщин знают, по крайней мере, об одном из методов контрацепции. Обнаружено, что 9% таджикских трудовых мигрантов в России болели венерическими заболеваниями, члены их семей в Таджикистане болели в 11% случаев. Согласно

¹⁷⁸ Weine S., Bahromov M., Mirzoev A. Unprotected Tajik male migrant workers in Moscow at risk for HIV/AIDS // Journal of Immigrant & Minority Health. 2008. №10(5). P. 461-468.

¹⁷⁹ Гальперин А. М. Анализ показателей репродуктивного здоровья у женщин-мигранток из стран СНГ / А. М. Гальперин, И. В. Борзунов // Уральский медицинский журнал. Екатеринбург, 2013. № 9 (114). С. 106-109.

результатам опроса трудовых мигрантов в России, 38% из них в последние годы обращались к врачу с проблемами репродуктивного здоровья. Обращаемость их супругов в Таджикистане составила только 23% опрошенных. Часто пользовались платными сексуальными услугами в России 5,0% респондентов, 30,3% пользовались редко. Как и в других исследованиях (например, Полетаев Д.В., Флоринская Ю.Ф., 2015¹⁸⁰) авторы обнаружили, что лишь малое число мигрантов имеют медицинскую страховку.¹⁸¹

В исследовании «Женщины-мигранты из стран СНГ в России» (под ред. Е.В. Тюрюкановой) также уделено внимание сексуальному и репродуктивному здоровью. Среди женщин-мигрантов наибольшее распространение имеют случаи заболеваний, передаваемых половым путем; на втором месте – туберкулез, и на третьем – ВИЧ-инфекция. Почти треть женщин либо не информирована о путях передачи половых инфекций и ВИЧ-инфекции и не рассматривает презерватив как реальную защиту от них, либо безоговорочно верит своему партнеру, не допуская мысли о заражении. Около 50% беременных мигранток делают аборт. Беременность мигранток во время работы порождает ряд проблем: материальные проблемы (как у тех, кто решил рожать ребенка, так и у тех, кто хочет сделать аборт – для многих мигранток и эта процедура достаточно дорогая); угроза потери работы и, соответственно, невозможность оставаться в России без заработка; пренебрежительное отношение к мигрантам, проявляющееся и в процессе медицинского обслуживания беременных; угрозы депортации из-за различных заболеваний; проблема с возвращением домой с ребенком (или возвращение беременной) – даже собственные родственники неохотно принимают таких женщин.¹⁸²

Исследование Zabrocki C., Polutnik, C., et al., основанное на опросе 400 трудовых мигрантов мужского пола из Таджикистана, а также на интервью с 30

¹⁸⁰ Полетаев Д.В., Флоринская Ю.Ф. Осведомленность мигрантов о туберкулезе и ВИЧ-инфекции. Москва. 2015. 40 с.

¹⁸¹ Рязанцев С.В., Акрамов Ш.Ю. Влияние трудовой миграции на здоровье мигрантов в России и их супругов в Таджикистане // Вестник Таджикского государственного университета права, бизнеса и политики. Серия гуманитарных наук. 2014. №. 5 (61). С.189-197.

¹⁸² Женщины-мигранты из стран СНГ в России / Е.В. Тюрюканова (ред.), Ж.А. Зайончковская, Л.Б. Карачурина, Н.В. Мкртчян, Д.В. Полетаев, Ю.Ф. Флоринская / под ред. Е.В.Тюрюкановой М.: МАКС Пресс, 2011. 119 с.

трудовыми мигрантами из Таджикистана и их партнершами в Москве, позволяет сделать вывод о том, что частота использования презервативов мигрантами и их партнёршами уменьшается с увеличением близости. Однако каждая сторона воспринимает близость по-разному. Для мужчин-мигрантов близость определялась знанием своей партнерши и доверием ей в плане сексуальной «чистоты». Для их партнерш близость воспринимается как преданность партнера их отношениям. При этом ни мигранты, ни их партнерши не связывали использование презервативов с профилактикой ВИЧ.¹⁸³

Sergeev B., Kazanets I., et al. свою работу основывали на данных опроса 150 трудовых мигрантов в Санкт-Петербурге в апреле 2014 года. Согласно полученным данным, 85,7% мужчин и 58,7% женщин считали себя здоровыми. Большинство респондентов были сексуально активны в течение 12 месяцев, предшествующих интервью. При этом 7,6% сообщили, что занимались сексом со случайным партнером за последние 12 месяцев, а 13% имели сексуальный контакт с проститутками. Примерно четыре из десяти сексуально активных респондентов (37,9%) использовали презервативы во время последнего полового акта. Что касается наркотиков, 6 % мужчин курили марихуану, 4 респондента признавали, что когда-либо использовали другие наркотики, один из респондентов имел опыт употребления инъекционных наркотиков. Трое из них упомянули, что они практиковали секс под воздействием наркотиков или алкоголя. Также авторы делают ряд выводов относительно информированности мигрантов о заболеваниях. Так, женщины несколько лучше информированы о путях передачи инфекционных заболеваний и методах их профилактики. Мужчины предпочитали следующие источники информации об инфекционных заболеваниях: телевидение (66,0%), лекции в учебных заведениях (61,4%), друзья (58,4%), консультации у медицинских работников (58,4%) и консультации с родителями или родственниками (56,4%). Женщины склонны доверять родителям и родственникам (54,3%), телевидению (45,7%), друзьям

¹⁸³ Zabrocki C., Polutnik, C., Jonbekov, J., Shoakova, F., Bahromov, M., Weine, S. Condom use and intimacy among Tajik male migrants and their regular female partners in Moscow // Culture, health & sexuality. 2015. Т. 17. №. 1. P. 17-33.

(43,5%), лекциям в учебных заведениях (28,3%, $n = 13$) и консультациям у медицинских работников (26,1 %, $n = 12$).¹⁸⁴

Помимо вышеупомянутого исследования, анализу рисков для здоровья и осведомлённости мигрантов о заболеваниях посвящены работы Агаджаняна В.С., Зотовой Н.А., 2014; Полетаева Д.В., Флоринской Ю.Ф., 2015; Ходжиева М. и др., 2017; Weine S., et al., 2008; Ивановой Л.Ю., 2015; Zabrocki C., Weine S., Chen S., et al., 2013; Amirkhanian Y. A., et al., 2011. В целом, отмечается невысокий уровень осведомлённости мигрантов из Средней Азии о социально значимых и опасных для окружающих заболеваниях, о рисках и способах профилактики, при этом ряд исследователей отмечают, что женщины несколько лучше осведомлены о рисках здоровью.

Работа Ивановой Л.Ю., как и упомянутое исследование Sergeev B., Kazanets I., et al. (2015), основана на структурированных интервью со 150 мигрантами в Санкт-Петербурге. В ходе исследования были получены следующие результаты: среди респондентов из Центральной Азии (ЦА) не слышали о гепатите 46,4%, о ВИЧ-инфекции – 40,4%, об ЗППП – 27,3%, о СПИДе – 17,3%, о туберкулезе – 12,7%; мужчины из ЦА хуже информированы о ВИЧ-инфекции и ЗППП, чем женщины; не все опрошенные в обоих регионах имеют полное представление о путях заражения ВИЧ-инфекцией и защите от нее и ЗППП при сексуальных контактах; женщины в обоих регионах лучше осведомлены об опасных инфекциях; свыше половины респондентов из ЦА не смогли указать медицинское обследование, выявляющее туберкулез легких, хотя делали флюорографию или рентген грудной клетки за последние 2 года; среди тех, кто слышал о гепатите, на вопрос о том, какой орган поражается при этом заболевании, правильно ответили 37,3% из ЦА; доля респондентов из ЦА, которые слышали о ВИЧ-инфекции, СПИДе, ИППП, туберкулезе, гепатите больше среди респондентов с высшим образованием и хорошо по самооценке владеющих русским языком. Мигранты об опасных инфекционных

¹⁸⁴ Sergeev B., Kazanets I., Ivanova L., Zhuravleva I., Isaeva N., Vasankari T., Nyberg A., Vauhkonnen M. Labour migrants in St Petersburg: disease awareness, behavioral risks and counseling by health professionals in building up prevention against TB, HIV and associated infections. // Journal of Public Health. 2015. Vol. 23. № 4. P. 213-221.

заболеваниях в своей среде сообщили следующее: 30,0% мужчин из Восточной Европы (ВЕ) и 5,1% из ЦА указали, что в числе их знакомых земляков есть наркопотребители; 17,6% опрошенных из ВЕ и 6,6% из ЦА сообщили, что им известны случаи заражения их земляков половыми инфекциями; 8,8% опрошенных из ВЕ и 9,3% из ЦА имеют знакомых земляков, опасющихся проходить медицинское обследование на опасные инфекции, т.к. боятся депортации.¹⁸⁵

Amirkhanian Y. A., Kuznetsova A. V., Kelly J. A. et al., проведя анкетирование 499 человек, среди которых 347 (71%) мигрантов из Центральной Азии, пришли к следующим выводам: низкий социально-экономический статус, отсутствие доступа к услугам, отделение от семьи и ограниченное информирование о рисках способствуют уязвимости мигрантов к ВИЧ; почти треть мигрантов сообщили о нескольких сексуальных партнерах за последние 3 месяца; презервативы использовались всего лишь в половине случаев со случайным партнером и только в 35% случаев с постоянным партнёром; у мигрантов из Средней Азии обнаружен низкий уровень знаний в области ВИЧ/СПИД.¹⁸⁶

Zabrocki C., Weine S., Chen S., et al., основываясь на результатах этнографического интервью с 30 женщинами-мигрантами в Москве, отмечают, что большинство мигранток знали о ВИЧ/СПИДе, профилактике ВИЧ. Респондентки сообщили, что знают, что презервативы могут предотвратить передачу ВИЧ. Многие рассматривали ВИЧ как смертный приговор и как социальную стигму. Защитным фактором для большинства опрошенных мигранток в отношении сексуальной активности, безопасности и здоровья выступают культурные установки. Среди опрошенных 4 женщины были вовлечены в секс-работу. Некоторые из них не использовали презервативы,

¹⁸⁵ Иванова Л.Ю. Информированность трудовых мигрантов из разных регионов об опасных инфекционных заболеваниях: ВИЧ, ИППП, туберкулез, гепатит (на материалах опроса иностранных работников в Санкт-Петербурге) // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. №4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/702/30/>. (01.12.2017)

¹⁸⁶ Amirkhanian Y. A., Kuznetsova A. V., Kelly J. A. et al. Male labor migrants in Russia: HIV risk behavior levels, contextual factors, and prevention needs // Journal of immigrant and minority health. 2011. Vol. 13. №. 5. P. 919-928.

несмотря на их знания о профилактике ВИЧ / СПИДа. Помимо этого, центральноазиатские мигрантки в Москве испытывают трудности из-за финансовой незащищенности, дискриминации, сексуальных домогательств и отсутствии поддержки.¹⁸⁷

М. Ходжиев, Н. Ф. Измеров и И. В. Бухтияров проанализировали риск для здоровья мигрантов, оценив физиологическую адаптацию. Исследования в производственных условиях были проведены на шести профессиональных группах мужчин (строители-арматурщики, строители-монтажники, метростроевцы, работники дорожной сети, работники плодоовощного склада, работники плодоовощного рынка) и трех группах женщин, занятых в социальной сфере (домработницы, сиделки, няни), которые подбирались с учетом физических и нервно-эмоциональных нагрузок. В исследованиях принимали участия студенты Московского горного института и Таджикского государственного медицинского университета, профессионально занимающиеся различными видами спорта. Было установлено выраженное снижение динамометрических показателей выносливости и максимальной работоспособности мышц рук и стеновых мышц корпуса и ног к концу работы. Длительное и интенсивное воздействие факторов, обуславливающих тяжесть трудового процесса, является причиной развития заболеваний опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы. Выявлено, что с повышением напряженности труда возрастает рабочее напряжение организма, которое может перейти в перенапряжение и развитие производственно-обусловленных заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, невротические расстройства).¹⁸⁸

¹⁸⁷ Zabrocki C., Weine S., Chen S., et al. Socio-Structural Barriers, Protective Factors, and HIV Risk Among Central-Asian Female Migrants in Moscow // Central Asian journal of global health. 2013. №2(1). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211074/> (01.05.2018)

¹⁸⁸ Ходжиев М. Результаты оценки физиологической адаптации и риски нарушений здоровья у трудовых мигрантов из Таджикистана / М. Ходжиев, Н. Ф. Измеров, И. В. Бухтияров // Анализ риска здоровью. 2017. № 3. С. 48-59.

Взаимодействие мигрантов с системой здравоохранения затронуто в работах Валиевой А. З., 2013; Журавлевой И.В., Ивановой Л.Ю., 2015; Cook L.J., 2014.

Валиева А. З. отмечает, что втором месте после задержек и невыплат зарплат проблемной зоной для мигрантов является их медицинское обслуживание, доступ к учреждениям здравоохранения. Анкетирование показало, что 55–69% мигрантов нуждались в медицинских услугах, а каждый четвёртый респондент отметил ухудшение состояния здоровья после иммиграции.¹⁸⁹

Журавлева И.В. и Иванова Л.Ю., основываясь тех же данных, собранных в Санкт-Петербурге, что и Sergeev B., Kazanets I., et al. (2015), выявили ряд социально-экономических факторов, влияющих на здоровье и доступность медицинской помощи. Участники опроса в основном имеют среднее (44,0%) и среднее специальное/среднее профессиональное образование (38,7%). У женщин уровень образования выше, чем у мужчин. Знание языка принимающей страны повышает адаптационные возможности мигрантов. По самооценке две трети мужчин и три четверти женщин «хорошо знают» русский язык. Каждый десятый мужчина (11,5%) и каждая пятая женщина (21,7%) не имеют в РФ психологической поддержки в лице своих земляков, к которым могут обратиться в трудную минуту. Осведомленность об организациях, в которых респонденты могут получить поддержку в затруднительной жизненной ситуации невысокая. Указали такие организации 35% мужчин и 15,2% женщин. Опрос показал большую продолжительность рабочего времени мигрантов. 5,4% женщин имеют ежемесячный доход в России от 5 до 10 тыс. рублей. У 46,8% респондентов-мужчин и 64,9% женщин он составляет 10 - 25 тыс. рублей, у 38,0 и 24,3% – 25-40 тыс. рублей. Доход остальных превышает 40 тыс. рублей. Что касается быта трудовых мигрантов и его влияния на их здоровье, то здесь отмечается довольно высокая скученность проживания приезжих. Редко кто из них жил в комнате

¹⁸⁹ Валиева А. З. Медицинские аспекты внешней миграции на примере Республики Татарстан // Казанский медицинский журнал. 2013. Т. 94, №. 3. С. 373-376.

один (15,5 мужчин и 8,7% женщин). Наибольшая часть опрошенных (более 40%) имели 1-2-х соседей по комнате, немногим менее 40% – от 3-х до 5-ти соседей. Однако в данном исследовании выявлена сравнительно хорошая обеспеченность мигрантов самыми необходимыми бытовыми условиями. Самооценка здоровья достаточно высокая – «очень хорошим» его считают 32,7% мужчин и 8,7% женщин, «хорошим» – 52,9 и 50,0% соответственно, остальные – «удовлетворительным». У мужчин самооценка здоровья выше, чем у женщин. В России в течение последних 12 месяцев были у врача 13,6% мужчин и 43,5% женщин. Визиты были платными для двух третей мужчин и 85% женщин, остальным медпомощь была оказана по полису ДМС. Об отсутствии полиса ДМС сообщили 42,7% мужчин и 63,0% женщин. 35,0 мужчин и 21,7% женщин – указали, что приобрели его сами, 22,3 и 15,2% – что его им купил работодатель. Сумму, которую они могут потратить на медстраховку в год, указали 60,6% опрошенных (62,5% мужчин и 56,5% женщин). Две трети мужчин и 80% женщин назвали суммы, не превышающие 2000 рублей. Данное исследование охватило относительно благополучную часть миграционного потока. Это мигранты, обратившиеся в Единый миграционный центр (ЕМЦ) Санкт-Петербурга за оформлением официальных документов для работы в России. Можно предположить, что среди нелегальных мигрантов больше поведенческих рисков и хуже осведомленность об опасных инфекционных заболеваниях.¹⁹⁰

L.J. Cook, проведя серию полуструктурированных интервью с представителями международных организаций, органов здравоохранения Таджикистана и независимыми учеными, в своей работе подтверждает многие ранее означенные выводы. Так, большинство таджикских трудовых мигрантов не защищено в России в социальной сфере. В случаях серьезных заболеваний мигранты прибегают к экстренной медицинской помощи, которая оказывается бесплатно до тех пор, пока они не будут стабильны по медицинским показаниям. Большинство экспертов подтвердило, что отсутствие доступа к медицинским

¹⁹⁰ Журавлева И.В., Иванова Л.Ю. Мигранты: социально-экономические условия жизни, влияющие на здоровье и обращаемость в российские медицинские учреждения (результаты опроса в Санкт-Петербурге) // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. №3 (43). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/686/30/>. (01.12.2017)

услугам в России является серьезной проблемой, что многие мигранты живут в чрезвычайно стеснённых условиях (30-35% живут в комнатах по 6-8 человек). Респонденты сообщили, что, когда мигранты сталкиваются с чрезвычайными ситуациями, они могут рассчитывать на помощь со стороны своих земляков: мигранту могут помочь оплатить неотложную медицинскую помощь или вернуться домой.¹⁹¹

Стратегии в получении медицинской помощи анализируются в работах Деминцевой Е. Б., Кашницкого Д.С., 2015, 2016; Кузнецовой И.Б., Мухарямовой Л.М., 2014; Мухарямовой Л.М., Кузнецовой И.Б., Вафиной Г.Г., 2014; Петровой Л. Е., 2015; Рочевой А.Л., 2014; Титовой Т.А., 2015. Многие отмечают, что самолечение нередко выступает единственно возможной стратегией при заболевании среди трудовых мигрантов.

В исследовании Рочевой А.Л. на основании интервью с мигрантами - этническими киргизками и экспертами выделено 2 траектории поведения мигранток. Для одной части, обладающей минимальными ресурсами, отмена возможности прикрепляться к женским консультациям привела к тому, что они, оставаясь в России, обращаются к медицине минимально, только в экстренных случаях, но не видят в этом проблемы. В этой группе беременность и роды понимаются как «обыденные» процессы, которые вписаны в жизненный путь женщины и могут происходить с минимальным медицинским вмешательством. Для второй траектории характерно стабильное положение, более высокие доходы семьи, а также зачастую высшее образование и гражданство РФ (у самой женщины или ближайших родственников). Мигрантки из этой группы пользуются преимуществами транснациональной миграции: они могут перемещаться между странами и комбинировать наборы ресурсов, доступных им в разных странах. Это позволяет не «замыкаться» на невысоких позициях, занимаемых ими в России. Эта траектория предполагает полный цикл необходимых медицинских действий. Для этой группы важным является

¹⁹¹ Cook L.J. Tajik Labor Migrants to Russia: Their Access to Health and Welfare Services // URL: http://russianmodernisation.fi/material/living-with-risk/Further%20readings_Cook2.pdf. (01.12.2017)

отношение медицинского персонала, которое влияет на принятие решения о том, где будут проходить роды – в России или Киргизии.¹⁹²

Деминцева Е. и Кашницкий Д. в 2014-2015 гг. провели в Москве исследование, в рамках которого были опрошены трудовые мигранты из Кыргызстана и Узбекистана, а также было взято 23 глубинных интервью с сотрудниками московских медицинских учреждений, которые регулярно оказывают услуги мигрантам. Были определены несколько стратегий обращения за медицинской помощью среди мигрантов:

- мигранты считаются здоровыми, даже если на самом деле это не так. У них нет времени думать о своем здоровье. Из-за этого болезни переходят в запущенное состояние. Фармацевты отмечают, что многие мигранты обращаются за советом в аптеку, покупают дешевые обезболивающие, заглушают болезнь и выходят на работу;

- самое частое обращение к врачам у мигрантов - в экстренных случаях. Не будучи в состоянии позволить себе плановое лечение, они часто появляются в отделениях неотложной помощи в тяжелом состоянии, в случае травмы или острой боли, когда не видят альтернативного выхода из ситуации. Пребывание в больнице больше 3-х дней обычно платно, поэтому большинство мигрантов предпочитают покинуть больницу и продолжать лечение в другом месте. Мужчины чаще всего обращаются в связи с профессиональными травмами. У всех мигрантов обычно возникают заболевания желудочно-кишечного тракта из-за плохого питания;

- когда речь идет о плановом лечении, для мигрантов оно практически всегда платно. За плановой медицинской помощью мигранты предпочитают обращаться в «киргизские клиники» (частные медицинские центры, где работают врачи из Кыргызстана), т.к. они дешевле. Кроме того, мигранты предпочитают обращаться к «своим». Доктора из Центральной Азии более знакомы с социальными и психологическими проблемами мигрантов;

¹⁹² Рочева А.Л. «Понаехали тут» в роддомах России: исследование режима стратифицированного воспроизводства на примере киргизских мигрантов в Москве // Журнал исследований социальной политики. 2014. №3. С. 367-380.

- мигранты часто вынуждены обращаться к неформальным стратегиям, что предполагает обращение к посреднику, такому же мигранту, который на родине был медработником. Для последних этот вид деятельности является подработкой. Они сами могут поставить капельницу или сделать укол, или же у них есть связи в государственной поликлинике, и они могут неофициально договориться с медперсоналом. Одной из основных причин, по которым мигранты ищут неофициальную помощь, является низкая осведомленность о своих правах и городской медицинской инфраструктуре. Новички и беременные женщины чаще всего используют услуги неформальных помощников;

- возвращение домой - это последний метод, применяемый, когда нет способа найти лечение в Москве, если мигрант серьезно болен и не может зарабатывать себе на жизнь.¹⁹³

Основываясь на результатах опроса мигрантов в Татарстане, Кузнецова И.Б. и Мухарямова Л.М. заключают, что 40% мигрантов обращаются к врачу в случае заболевания, около половины опрошенных мигрантов занимаются самолечением (48 %), а 12 % – ничего не предпринимают в случае заболевания. 22 % мигрантов указали, что им бесплатную медицинскую помощь оказал знакомый врач. Также в статье обозначены некоторые барьеры доступности медицинской помощи для мигрантов: «недокументированное» положение, приводящее к невозможности получать страховку; дороговизна полисов ДМС и недоступность полисов ОМС; отсутствие мотивации у работодателей для охраны здоровья трудовых мигрантов; отсутствие возможности выбора медучреждения для прохождения медицинского освидетельствования.¹⁹⁴ В другой работе Мухарямова Л.М. и Кузнецова И.Б. совместно с Вафиной Г.Г. определили, как проявляются позиции трудовых мигрантов в российской системе здравоохранения. Говоря о позиции больного, исследователи обнаружили, что мигранты субъективно удовлетворены состоянием своего здоровья и

¹⁹³ Demintseva E., Kashnitsky D. Contextualizing Migrants' Strategies of Seeking Medical Care in Russia // *International Migration*. 2016. №54(5). P. 29-42.

¹⁹⁴ Кузнецова И.Б., Мухарямова Л.М. Трудовые мигранты в системе медицинских услуг: формальные и неформальные стратегии // *Журнал исследований социальной политики*. 2014. №1. С.7-20.

«больными» себя не ощущают. Позиция пациента проявляется, когда человек вступает во взаимодействие с врачом или медицинской организацией. Это взаимодействие может осуществляться разными способами. Иностранные граждане имеют право только на экстренную медицинскую помощь. Медицинская помощь в плановой форме оказывается иностранным гражданам по договорам о предоставлении платных медицинских услуг или по договорам обязательного или добровольного медицинского страхования. Среди опрошенных респондентов около 27% иностранных работников имели полисы медицинского страхования, только треть из них застрахованы при содействии работодателя. Бесплатную скорую медицинскую помощь получили чуть более 0,2% от общего количества работающих в регионе мигрантов. Позиция клиента предполагает равенство сторон и сотрудничество. Однако мигранты, пользующиеся платными медицинскими услугами, оказываются в позиции клиента недобровольно, что проявляется в ограничении их доступа к бесплатной медицинской помощи, существовании узкого спектра клиник и частных врачей, «специализирующихся» на трудовых мигрантах.¹⁹⁵

Петрова Л. Е. по результатам полуформализованного интервью (выборка = 41 человек) подтверждает наличие установки среди мигрантов на самолечение, неудовлетворенность мигрантов «бесплатной» медициной, возможность более эффективного решения проблем «за деньги». Помимо этого, автор выявляет негативную оценку стиля взаимодействия медперсонала и пациентов, а также некоторое недоверие мигрантов к неотложной помощи, основанное на негативном опыте респондентов.¹⁹⁶

Барьеры в доступе к медицинской помощи обозначены в работах Деминцевой Е. Б., Кашницкого Д.С., 2015; Zabrocki C., Weine S., Chen S., et al., 2013; Amirkhanian Y. A., et al., 2011.

¹⁹⁵ Мухарямова Л.М., Кузнецова И.Б., Вафина Г.Г. Больной, пациент, клиент: позиции трудового мигранта в российской системе здравоохранения (на примере республики Татарстан) // Вестник современной клинической медицины. 2014. №1. С.43-49.

¹⁹⁶ Петрова Л. Е. Мигранты о здравоохранении: доступность и качество медицинской помощи по результатам интервью в разных этнических группах // Международная междисциплинарная конференция «Идентичность и миграция в меняющемся мире: методология, опыт эмпирического исследования», г. Екатеринбург, 10-11 апреля 2015 г. Екатеринбург: УрФУ, 2015. С. 261-274.

Наилучшим образом барьеры, возникающие у мигрантов при взаимодействии с системой медицинских услуг, определили Деминцева Е. Б. и Кашницкий Д.С. Исследователи провели 60 глубинных интервью с трудовыми мигрантами из Киргизии и Узбекистана и 26 глубинных полуформализованных интервью с медсестрами и администраторами клиник, которые регулярно сталкиваются с мигрантами из Средней Азии. На основании этих данных были выявлены барьеры на пути к медицинской помощи:

- мигранты из Средней Азии трудятся в тяжелых условиях (длинные смены по 10–13 часов, отсутствие доступа к трудовым правам и т.д.), что приводит к тому, что мигранты с трудом находят время для посещения врача, перенося болезнь на ногах, когда это возможно;

- документальный статус мигрантов, отсутствие необходимых документов, в том числе медицинской страховки, опасение, что что-то может оказаться не в порядке с документами при встрече с представителями государственного медицинского учреждения. Часто мигрант не владеет полной информацией о том, какими правами он обладает, что приводит к распространению неофициальных медицинских услуг;

- недостаток материальных средств;

- дискриминационные практики со стороны москвичей, что провоцирует поздние обращения мигрантов за медицинской помощью, дабы избежать потенциально негативного контакта с местными жителями.¹⁹⁷

Гендерные аспекты в практиках здоровья затронуты в работах Агаджаняна В.С., Зотова Н.А., 2014; Тюрюкановой Е.В.(ред.), 2011; Титовой Т.А., 2015; Zabrocki C., Weine S., Chen S., et al., 2013.

Титова Т.А. по результатам глубинных интервью с женщинами-мигрантами в городах Республики Татарстан отмечает, что мигранты плохо осведомлены о своем правовом статусе, не имеют четкого представления о доступных им на бесплатной основе услугах здравоохранения, возможностях

¹⁹⁷ Деминцева Е. Б. Медицинская помощь мигрантам из Средней Азии в Москве в условиях социальной исключенности / Е. Б. Деминцева, Д. С. Кашницкий // Вестник Российской нации. 2015. Т. 4, № 4-4 (42). С. 214-226.

доступного образования и системе социальных льгот. Кроме того, потребность в услугах детского сада высказывает большинство респондентов, имеющих детей дошкольного возраста, но фактически пользуется данными услугами только пятая часть опрошенных мигрантов. Среди респондентов выявлена низкая вовлеченность женщин-мигрантов в систему медицинского страхования. Медицинский полис имеют только четверть опрошенных женщин. Около четверти опрошенных женщин, несмотря на то, что имеют полис медицинского страхования, предпочитают обращаться в платные клиники. Их нежелание посещать бесплатные больницы и поликлиники связано с прецедентами грубого и бестактного обращения со стороны врачей. Обращение в медицинские учреждения женщинами-мигрантами осуществляется только в крайних случаях. Наиболее распространенной стратегией является самолечение.¹⁹⁸

В уже упомянутом ранее исследовании «Женщины-мигранты из стран СНГ в России» были также получены следующие данные: среди мигранток из Центральной Азии бесплатно удастся лечиться всего 2-5%; женщины, приезжающие на заработки, обладают неплохим здоровьем – 64% назвали его хорошим, 35% – удовлетворительным, однако почти каждая десятая женщина заявила о наличии у нее хронического заболевания.¹⁹⁹

Агаджанян В.С. и Зотова Н.А. провели анкетирование женщин, полуструктурированные глубинные интервью с частью респонденток, а также экспертные интервью с работниками сферы здравоохранения. Выборка составила 941 человек. Основываясь на полученных данных, авторы заключают, что женщины-мигранты из Средней Азии, чаще являются носителями более традиционной культуры, где сильнее ограничены сексуальные свободы женщин и в то же время больше ограничена возможность руководствоваться собственным выбором при вступлении в половые отношения. Но эти культурные нормы, потенциально защищающие женщин в стране происхождения мигрантов,

¹⁹⁸ Титова Т.А. Социальная защита и здоровье женщин-мигрантов в Татарстане // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2015. №7(57). Часть 2. С.173-176.

¹⁹⁹ Женщины-мигранты из стран СНГ в России / Е.В. Тюрюканова (ред.), Ж.А. Зайончковская, Л.Б. Карачурина, Н.В. Мкртчян, Д.В. Полетаев, Ю.Ф. Флоринская / под ред. Е.В.Тюрюкановой. М.: МАКС Пресс, 2011. 119 с.

могут становиться неэффективными в российском контексте, поскольку они мешают женщинам-мигрантам адекватно оценивать риски и принимать меры для их минимизации (в числе которых обращение за профессиональной медицинской помощью). Авторы выявили, что среднее число сексуальных партнеров у киргизок превышает данный показатель у узбечек и особенно у таджичек. Таджички продемонстрировали самый высокий уровень использования презервативов с постоянным партнером, причем как с целью предотвращения беременности, так и для защиты от ВИЧ/ЗППП. Почти половина опрошенных женщин достаточно обеспокоены риском заражения ВИЧ/ЗППП. Среди таджичек уровень обеспокоенности значительно ниже, чем у остальных групп. Среди местных женщин самая большая доля тех, кто сдавал анализ на ВИЧ за последние два года, однако разница между ними и группами киргизок и узбечек незначительна. Отмечается, что местные женщины имеют значительное преимущество в управлении рисками по сравнению с мигрантками в силу лучшего доступа к услугам бесплатной медицины – возможности посещать женские консультации и врачей-гинекологов, ведения беременности и лечения инфекций.²⁰⁰

Подводя итог, стоит отметить, что значительная часть исследований основана на количественных данных, поисках статистических закономерностей и обобщениях, что соответствует так называемой позитивистской традиции. В отношении изучения здоровья и доступа к услугам здравоохранения этот подход направлен на выявление того, сколько человек страдает от определённых заболеваний, какое количество людей осведомлено о рисках, способах лечения, сколько людей используют те или иные практики и как эти показатели распределены по социально-демографическим характеристикам (например: Яковлев А.А. и др., 2011; Журавлева И.В., Иванова Л.Ю, 2015 и т.д.).

Другая часть исследований в основном базируется на качественных данных. Эти исследования фокусируются как на выявлении мотивов принятия

²⁰⁰ Агаджанян В.С., Зотова Н.А. Миграция и риски ВИЧ-инфекции: женщины - выходцы из Средней Азии в Российской Федерации // Демографическое обозрение. 2014. №2. С.85-109.

тех или иных решений в отношении здоровья, на изучении статуса конкретных людей и их здоровья в контексте взаимодействия с институтами общества, так и на описании того, как структуры общества влияют на характер распределения медицинских услуг между группами, какие барьеры в получении медицинской помощи существуют (например: Деминцева Е. Б., Кашницкий Д.С., 2015; Рочева А.Л., 2014).

Необходимо сказать, что практики взаимодействия мигрантов с системой медицинских услуг, барьеры доступа к медицинской помощи, состояние здоровья связаны с интеграцией и социальной инклюзией. В рассмотренных исследованиях не раскрыта в достаточной мере взаимосвязь степени интегрированности и социальной включённости с доступом мигрантов к услугам здравоохранения.

ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ ДОСТУПА ИММИГРАНТОВ К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

2.1. Правовое положение мигрантов в России

До 2015 года законодательную базу для пребывания мигрантов в России и осуществления ими трудовой деятельности составляли следующие законодательные акты: Федеральный закон от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию», Федеральный закон от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», Федеральный закон от 18 июля 2006 г. № 109-ФЗ «О миграционном учете иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации», Трудовой и Налоговый кодексы РФ.

Вступление в силу в 2015 году Федерального закона от 24 ноября 2014 г. № 357-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации», которым была введена патентная система для иностранцев, работающих на юридических лиц, в дополнение к уже существующему патенту для иностранцев, работающих на физических лиц и Договора о Евразийском экономическом союзе (ЕАЭС), который обеспечил в рамках ЕАЭС свободу движения капитала и рабочей силы, привело к изменению правового положения большинства трудовых мигрантов.²⁰¹ Всем временно пребывающим иностранным гражданам из стран СНГ для трудовой деятельности в России больше не требуется разрешение на работу, им нужно оформить патент. Для граждан стран – членов ЕАЭС (Беларусь, Армения, Казахстан и Кыргызстан) для легализации рабочей деятельности достаточно наличие гражданско-правового или трудового

²⁰¹ Иванова Н., Варшавер Е. Особенности правового положения трудовых мигрантов из ЕАЭС и прочих стран СНГ в России: сравнительный анализ (начало) // Миграционное право. 2018. №3. С.4.

договора. Таким образом, сформировались две большие группы трудовых мигрантов с различным юридическим статусом.

При пересечении российской границы иностранным гражданам из СНГ (кроме стран ЕАЭС) требуются загранпаспорта для получения миграционной карты. В свою очередь, граждане государств - членов ЕАЭС вправе предъявлять национальный или заграничный паспорта в зависимости от цели пребывания в России: национальный паспорт – при пребывании менее 30 дней; заграничный паспорт - в иных случаях. При въезде более чем на 30 дней им следует въехать по заграничному паспорту, получить миграционную карту и указать «работу» в качестве цели визита. Постановка на миграционный учет для граждан СНГ составляет семь суток со дня въезда; для граждан из стран ЕАЭС составляет до 30 дней со дня въезда. Срок временного пребывания иностранцев из всех стран СНГ определяется «правилом 90 на 180», по которому мигранты могут пребывать на территории России 90 дней суммарно в течение каждого периода в 180 суток. Срок пребывания мигрантов, осуществляющих трудовую деятельность, определяется сроком действия патента для граждан из стран СНГ и сроком трудового или гражданско-правового договора для иностранцев из стран - членов ЕАЭС. Ключевым различием между двумя категориями иностранных мигрантов для легального заработка в России является наличие патента для одной категории и трудового или гражданско-правового договора для другой.²⁰²

Срок подачи документов для получения патента составляет 30 дней со дня въезда. В случае если иностранец не успел подать документы для его получения в указанный период, он должен оплатить штраф и подать документы в течение 90 дней со дня въезда, не нарушая, таким образом, «правило 90 на 180». Оплата штрафа в таком случае будет обозначать, что иностранный гражданин совершил административное правонарушение, а неоднократное привлечение к административной ответственности в течение трех лет может повлечь за собой

²⁰² Иванова Н., Варшава Е. Особенности правового положения трудовых мигрантов из ЕАЭС и прочих стран СНГ в России: сравнительный анализ (начало) // Миграционное право. 2018. №3. С.4-5.

запрет на въезд иностранного гражданина в Россию. Гражданин государства - члена ЕАЭС имеет право на заключение трудового договора в течение 90 дней с даты въезда без дополнительных условий.

Для получения патента трудовых мигрантов обязали сдавать экзамены по русскому языку, на знание истории России и основ законодательства Российской Федерации, а также проходить медицинское освидетельствование и оформлять полис добровольного медицинского страхования. Также необходимо предоставить сведения об учете по месту пребывания и миграционную карту с указанием работы в качестве цели визита.²⁰³

Срок пребывания для неработающих иностранных граждан или работающих на физические лица связан со сроком действия патента, зависящий от факта его регулярной оплаты. После каждой оплаты патента работающий иностранец вынужден заново встать на миграционный учет в уведомительном порядке. В более выгодном положении находятся иностранцы из стран ЕАЭС, так как срок временного их пребывания определяется сроком действия трудового или гражданско-правового договора. Если с работодателем заключен бессрочный трудовой договор, то срок пребывания ограничен одним годом с даты заключения договора с предусмотренной возможностью его продления еще на один год.

Иностранный гражданин стран СНГ может работать только на территории субъекта, где был получен патент. Гражданин государства - члена ЕАЭС, имея трудовой договор, может осуществлять трудовую деятельность на территории любого субъекта РФ.

Уплата налога на доходы физического лица (НДФЛ) иностранными гражданами стран СНГ осуществляется в виде фиксированного авансового платежа на еще неполученный доход при продлении действия патента. Трудящиеся граждане из стран - членов ЕАЭС платят НДФЛ по ставке 13% (вне

²⁰³ Жестяников С. Г., Екимов И. В., Хазов Е. Н. Основные проблемы трудовой миграции и пути их решения в российских регионах // Международный журнал конституционного и государственного права. 2017. Т. 1. №. 1. С. 80.

зависимости от налогового резидентства в России) по такой же процедуре, как граждане России.²⁰⁴

Реализацию выдачи документов обеспечивают Единый миграционный центр (ЕМЦ) – комплексное учреждение по предоставлению услуг для решения миграционных вопросов, необходимой помощи и консультаций во время оформления документов. Впервые ЕМЦ был создан в 2010 году на территории Санкт-Петербурга. Впоследствии по примеру Санкт-Петербурга были открыты подобные центры во многих субъектах Российской Федерации. До момента создания ЕМЦ остро стоял вопрос медицинского контроля мигрантов связи с отсутствием схемы, по которой трудовой мигрант мог бы одновременно оформить патент на работу и пройти медицинское обследование. В структуру петербургского центра входят следующие отделы: общественная приемная, отдел по приему документов у физических лиц, отдел выдачи готовых удостоверений, отдел по работе с юридическими лицами (работодателями), отдел по работе с высококвалифицированными специалистами, медицинский центр.

Также ЕМЦ предоставляет работодателям и мигрантам такие услуги, как:

- транспортные услуги, которые предполагают подачу автобусов для доставки рабочей иностранной группы компании-заказчика в ЕМЦ для организованного прохождения медицинской комиссии, фотографирования и получения документов вне очереди;

- сдача экзамена по русскому языку, истории России и основам законодательства. Иностранным гражданам, успешно сдавшим комплексный экзамен, выдаются сертификаты государственного образца, утвержденные Министерством образования и науки Российской Федерации, необходимые для подачи документов в УВМ ГУ МВД России по Санкт-Петербургу и Ленинградской области на оформление патента, разрешения на временное проживание, вида на жительство;

²⁰⁴ Иванова Н., Варшавер Е. Особенности правового положения трудовых мигрантов из ЕАЭС и прочих стран СНГ в России: сравнительный анализ (начало) // Миграционное право. 2018. №3. С.7.

- выездной менеджер. Данная услуга позволяет работодателю оформить заявку на приглашение менеджера ЕМЦ в офис или на строительную площадку, который заполнит заявления, подготовит полный пакет документов и сфотографирует работников в удобном для работодателя месте;

- биржа труда - услуга, позволяющая работодателю быстро найти работника благодаря информационной системе, в которой размещены сведения об иностранных гражданах, имеющих патент на ведение трудовой деятельности;

- обучение граждан - услуга, дающая возможность иностранным гражданам пройти курсы повышения квалификации по рабочим специальностям с получением документа о прохождении курсов;

- услуги по размещению иностранных граждан во всех районах Санкт-Петербурга в доходных домах, общежитиях или арендованных квартирах;

- заключение договора добровольного медицинского страхования (ДМС) для иностранных граждан, который дает возможность получения мигрантами экстренной поликлинической помощи, скорой и неотложной медицинской помощи, экстренной стационарной помощи, экстренной стоматологической помощи, медико-транспортных услуг и услуг по репатриации.²⁰⁵

Что касается получения социальной помощи и пособий, российское законодательство об обязательном пенсионном и социальном страховании распространяет свое действие на трудовых мигрантов из всех стран СНГ.

Социальное страхование подразделяет на два вида:

- страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством;

- страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.²⁰⁶

Иностранцы, работающие по трудовому договору, подлежат всем вышеперечисленным видам страхования, в отличие от иностранных граждан,

²⁰⁵ Паламарчук К. О. Основные направления социальной поддержки мигрантов в Санкт-Петербурге // НАУЧНЫЕ ТРУДЫ СЗИУ РАНХиГС. 2015.Т.6, 2(19) С.199-201.

²⁰⁶ Иванова Н., Варшавер Е. Особенности правового положения трудовых мигрантов из ЕАЭС и прочих стран СНГ в России: сравнительный анализ (окончание) // Миграционное право. 2018. №4. С. 10.

выполняющих работы на основании гражданско-правового договора, которые в обязательном порядке подлежат только пенсионному страхованию.

Что касается обеспечения медицинской помощью, то согласно законодательству, все иностранные граждане имеют право претендовать на бесплатную скорую, амбулаторную и стационарную помощь в объеме, достаточном для устранения угрозы жизни пациента и снятия острой боли, на транспортировку и сопровождение с места заболевания в медучреждение и на посмертную репатриацию останков. Кроме того, для получения патента мигранты обязаны иметь полис или договор добровольного медицинского страхования. Трудящиеся иностранные граждане государств-членов ЕАЭС в получении медицинской помощи приравниваются к гражданам России, т.е. они имеют право на обязательное медицинское страхование.²⁰⁷

Нужно отметить, что нередко трудовые мигранты воспринимают полис ДМС как документ, который позволяет законно встать на рынок труда, а не как способ получения права на медицинскую помощь и защиту здоровья. Добавим ещё, что те виды медицинских услуг, которые могут быть оказаны бесплатно, дублируются в полисе ДМС. Например, скорая помощь в экстренной форме или медицинская эвакуация в государство постоянного проживания.²⁰⁸ С другой стороны, можно предположить, что при наличии у мигрантов полиса ДМС, увеличится доля обращающихся за квалифицированной медицинской помощью, что повлияет на улучшение качества их здоровья.

Для России, как и для любого принимающего мигрантов государства, важным является создание условий для их адаптации и интеграции. Существуют различные меры, направленные на интеграцию мигрантов в Санкт-Петербурге. Рассмотрим некоторые из них.

Некоммерческие организации при поддержке администрации Санкт-Петербурга распространяют информационные буклеты с полезной информацией

²⁰⁷ Иванова Н., Варшавер Е. Особенности правового положения трудовых мигрантов из ЕАЭС и прочих стран СНГ в России: сравнительный анализ (окончание) // Миграционное право. 2018. №4. С. 12-13.

²⁰⁸ Ковалевский С. М., Бубнов Г. О. Некоторые правовые вопросы реализации механизмов социального страхования отдельных категорий граждан // От социальных прав к социальному праву (VII Пашковские чтения). 2017. С. 90.

для мигрантов, сотрудничают с национальными газетами, размещают по городу, в аэропортах и на вокзалах актуальную информацию о порядке легализации на территории РФ. Низкая информированность мигрантов о возможностях оказания помощи и поддержки являются тормозом успешного включения в социум.

Действует программа «Создание условий для обеспечения общественного согласия в Санкт-Петербурге» на 2015-2020 годы, в задачи которой входит формирование у граждан уважительного отношения к различным этносам, культурам и религиям; создание условий для социальной, языковой и культурной интеграции мигрантов и т.д.²⁰⁹

Для решения проблем, связанных с миграционными процессами, повышение уровня толерантности в обществе и расширение межнационального диалога в 2004 году основан Благотворительный фонд поддержки и развития просветительских и социальных проектов «ПСП-фонд». Деятельность БФ «ПСП-фонд» направлена на повышение потенциала некоммерческих организаций, инициативных групп, волонтеров, которые способствует решению социальных проблем и гуманитарному просвещению. Сотрудники Фонда разрабатывают информационные материалы для людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и методические материалы для сотрудников организаций, оказывающих им помощь, а также проводят консультации, обучающие тренинги и семинары. Например, ПСП-фонд реализовывал проект «Ресурсный центр по развитию межнационального диалога и социокультурной адаптации мигрантов на Северо-западе Российской Федерации».

При Комитете по межнациональным отношениям и реализации миграционной политики в Санкт-Петербурге создан Этно-пресс-клуб в качестве совещательного органа, с целью объединения представителей средств массовой информации Санкт-Петербурга, работающих с этнотематикой, для формирования и развития культурного диалога по вопросам: реализации

²⁰⁹ Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 4.06.2014 №452 «О государственной программе Санкт-Петербурга «Создание условий для обеспечения общественного согласия в Санкт-Петербурге» на 2015-2020 годы» (с изменениями на 31 января 2017 года). [Электронный ресурс] // Администрация Санкт-Петербурга. URL: <http://docs.cntd.ru/document/822403529> (17.10.2018)

национальной и миграционной политики в Санкт-Петербурге; ситуационного анализа в сферах межнациональных отношений, инициатив, программ, проектов и мероприятий этнической тематики.

Укреплению межнациональных отношений способствует деятельность сетевого издания «Россия для всех» – rus4all.ru, которое содержит информацию о новостях культурной жизни, о традициях народов, важных событиях межкультурного взаимодействия и развития международных отношений на пространстве СНГ.

Важным источником распространения объективной информации о миграционных процессах могут служить собственные информационные ресурсы общественных организаций (сайты, группы в социальных сетях), муниципальные СМИ. Ниже представлены названия некоторых специализированных периодических изданий, доступных для мигрантов:

- газеты «Туран» и «Хуросон», которые издаются на таджикском языке;²¹⁰
- «Ваше право. Миграция» - информационно-практическая газета, публикует информацию, носящую правовой характер, а также - интервью с различными представителями власти, освещает громкие события в сфере правопорядка;²¹¹
- «Земляки» - журнал, освещающий миграционные процессы в стране со стороны государства, содержит такие тематические блоки, как миграционная работа, международное сотрудничество, государственная программа, государство и общество, русский мир.²¹²

На базе Красного Креста в Санкт-Петербурге с 2011 года функционирует Общественная приемная, которая располагается в здании Единого миграционного центра. Ежедневно огромное количество мигрантов посещает ЕМЦ и имеет возможность воспользоваться услугами приемной. В Приёмной

²¹⁰ Фадеев П.В. (2017) Этнические группы Санкт-Петербурга в представлении СМИ // Мир России. Т. 26. № 1. С.114

²¹¹ Паламарчук К. О. Основные направления социальной поддержки мигрантов в Санкт-Петербурге // НАУЧНЫЕ ТРУДЫ СЗИУ РАНХиГС. 2015.Т.6, 2(19). с.203

²¹² Там же. С.203

проводят консультации по миграционному и трудовому законодательству и предотвращению торговли людьми.²¹³

Общественная организация «Дети Петербурга» организует бесплатные курсы русского языка и культуры для детей мигрантов, а также проводит культурно-досуговые мероприятия, имеет молодёжный центр, городские лагеря, оказывает сопровождение при устройстве в школу, консультирование по миграционным вопросам.

В целом, обращения в общественные организации, работающие с мигрантами, касаются в основном вопросов действующего миграционного и трудового законодательства (эти темы интересуют и иностранных граждан, и работодателей), в частности оформления патента, миграционного учёта, оформления гражданства РФ, получения разрешения на временное проживание.²¹⁴

1 января 2014 г. создан Комитет по межнациональным отношениям и миграционной политике Санкт-Петербурга. Комитет выполняет следующие функции:

- разработка и осуществление мер, направленных на реализацию принципа равенства людей перед законом независимо от вероисповедания, национальности, расы;
- разработка и реализация программ по сохранению различных этносов, проживающих на территории России, профилактике межнациональных конфликтов, социальной и культурной адаптации;
- решение социально-экономических и демографических задач, поставленных в Концепции государственной миграционной политики РФ на период до 2025 г.;

²¹³ Паламарчук К. О. Основные направления социальной поддержки мигрантов в Санкт-Петербурге // НАУЧНЫЕ ТРУДЫ СЗИУ РАНХиГС. 2015. Т.6, 2(19). С.204

²¹⁴ Андрейцо С. Ю. Актуальные проблемы реализации миграционной политики в Санкт-Петербурге // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2018. № 1 (77). С. 48.

- участие в разработке мер, способствующих снижению притока нелегальной миграции в Санкт-Петербург и т.д.²¹⁵

Социально-медицинское направление социальной поддержки трудовых мигрантов играет значимую роль для профилактики социально значимых заболеваний, в том числе и профилактики ВИЧ-инфекций и туберкулеза.

Региональной общественной организацией «Взгляд в будущее» был реализован проект по профилактике ВИЧ-инфекции среди мигрантов «Восток-Запад». Целевой группой являлись трудовые мигранты, прибывающие на временную работу в Санкт-Петербург из стран Центральной Азии. Цель программы – создание условий для снижения заболеваемости социально-значимыми инфекциями среди трудовых мигрантов, прибывающих на временную работу в Санкт-Петербург из государств Центральной Азии. Среди трудовых мигрантов распространялись информационно-образовательные материалы. Проводилось обучение лидеров общественного мнения из среды мигрантов с целью привлечения их к проведению профилактической работы со своими соотечественниками. К работе с целевой группой привлекались профильные сервисные организации, мигранты направлялись к необходимым им специалистам.²¹⁶

Целью другой программы под названием «Социальная интеграция трудящихся мигрантов и членов их семей в Санкт-Петербурге», проводимой Санкт-Петербургской общественной организацией «Врачи детям» при поддержке Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга среди членов семей мигрантов (в основном из стран Средней Азии), проживающих в Санкт-Петербурге, являлось повышение толерантности общества к мигрантам и членам их семей. В ходе реализации программы проводилось информирование мигрантов об основных положениях миграционного законодательства России; разрабатывалась программа социальной интеграции семей трудовых мигрантов.

²¹⁵ Паламарчук К. О. Основные направления социальной поддержки мигрантов в Санкт-Петербурге // НАУЧНЫЕ ТРУДЫ СЗИУ РАНХиГС. 2015.Т.6, 2(19). С.207

²¹⁶ Профилактика ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения: Научно-методическое пособие/ О.И. Колпакова, В.А. Одинокова, А.И. Любимова и др. – Иновроцлав: Изд-во «ЛЕГРО Спунка», 2015. с.58

Один из компонентов программы направлен на профилактику ВИЧ-инфекции и туберкулеза среди мигрантов, проживающих в Санкт-Петербурге. В рамках программы было организовано консультирование мигрантов и членов их семей, были подготовлены волонтеры из числа мигрантов для консультирования и распространения информационных материалов среди соотечественников. Также проводилось обучение журналистов методам предоставления объективной информации по вопросам миграции в России. Для информирования трудовых мигрантов и членов их семей о социально значимых заболеваниях и методах профилактики были напечатаны брошюры на иностранных языках (узбекском, таджикском и кыргызском). Часть программы по профилактике ВИЧ-инфекции и туберкулеза включала работу с представителями национальных диаспор, обучение волонтеров из числа мигрантов (в том числе мигрантов-студентов колледжей) и их привлечение к проведению консультирования в диаспорах по медицинским и социальным вопросам; распространение информационных брошюр на национальных языках.²¹⁷

Изменения законодательства 2015 г. стали значимыми для основной части трудовых мигрантов России, разделив их на две группы с разным юридическим статусом: иностранных граждан из стран СНГ и на иностранных граждан государств - членов ЕАЭС. Возможности мигрантов из этих двух групп различаются по ряду аспектов: правила пребывания, осуществления трудовой деятельности, получения медицинской помощи и положения членов их семей. В настоящее время мигранты из стран ЕАЭС находятся в более привилегированном положении: для долгосрочного пребывания в России патент им не требуется, поэтому они не должны вносить ежемесячные авансовые платежи, проходить процедуру оформления патента, сдавать экзамен по русскому языку, истории России и основам законодательства, а также проходить медицинское освидетельствование и приобретать полис ДМС.

²¹⁷ Профилактика ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения: Научно-методическое пособие/ О.И. Колпакова, В.А. Одиноква, А.И. Любимова и др. – Иновроцлав: Изд-во «ЛЕГРО Спупка», 2015. С.58

Нововведения в российском законодательстве, вступившие в силу с 2015 года, положительно отразились на характере занятости: доля работающих без разрешительных документов снизилась по сравнению с предшествующими годами.²¹⁸

2.2. Эмпирическое исследование доступа мигрантов к медицинским услугам в Санкт-Петербурге: программа и результаты

2.2.1. Программа социологического исследования

Здоровье мигрантов и их доступ к медицинским услугам остаётся малоизученной проблемой. Она имеет важное значение для принимающего общества, т.к. люди, прибывающие из страны с другим уровнем санитарно-эпидемиологической обстановки, могут быть источником рисков для здоровья местного населения. Помимо этого, здоровье влияет на возможности самореализации человека и на качество трудовых ресурсов. Мигранты, имея целью заработать как можно больше, ограничивают траты на здоровье и лечение. В существующих исследованиях, посвящённых доступу мигрантов из стран Средней Азии к услугам здравоохранения и здоровью данной группы, затрагиваются такие вопросы, как социально-значимые и опасные для окружающих заболевания (ВИЧ, туберкулёз и т.д.), сексуальное и репродуктивное здоровье, гендерные различия в практиках здоровья, информированность о заболеваниях, стратегии и барьеры в получении медицинской помощи. Однако, взаимосвязь интеграции мигрантов и их доступа к медицинским услугам, а также вопрос о том, какие факторы важны для использования мигрантами медицинской помощи, недостаточно изучены, вследствие чего, встает необходимость проведения данного исследования.

²¹⁸ Мукомель В. И. Мигранты на российском рынке труда: занятость, мобильность, интенсивность и оплата труда // Статистика и экономика. 2017. Т. 14, №. 6. С.78.

Цель исследования: проанализировать особенности доступа трудовых мигрантов из Средней Азии к медицинской помощи в Санкт-Петербурге как элемента социальной инклюзии и интеграции.

Объект исследования – трудовые мигранты из Средней Азии, работающие в Санкт-Петербурге.

Предмет исследования - особенности доступа трудовых мигрантов из Средней Азии к медицинской помощи в Санкт-Петербурге в контексте интеграции.

Для достижения цели исследования были поставлены следующие **задачи**:

- определить особенности интеграции мигрантов;
- выявить стратегии, которые используют мигранты в отношении здоровья и для получения медицинской помощи;
- выявить, с какими барьерами сталкиваются мигранты в доступе к услугам здравоохранения;
- проанализировать взаимосвязь между доступом к медицинской помощи и интегрированностью мигрантов.

Исследовательские вопросы. Основной исследовательский вопрос состоит в следующем: как степень и характер интегрированности мигрантов связаны с их доступом к медицинской помощи?

Дополнительные исследовательские вопросы выглядят следующим образом:

- какие стратегии используют мигранты из Средней Азии для получения медицинской помощи в России?
- каковы характеристики интеграции мигрантов из Средней Азии в принимающее сообщество?
- какие факторы препятствуют получению иммигрантами доступа к услугам здравоохранения?

Сформулированы следующие **гипотезы** исследования:

- 1) Чем лучше интегрирован мигрант в принимающее сообщество, тем лучше доступ к услугам здравоохранения.

2) Мигранты, предпочитающие взаимодействовать только с представителями своей этнической группы, склонны искать медицинскую помощь среди них.

3) Мигранты склонны давать положительную оценку своему состоянию здоровья.

4) В случае болезни мигранты предпочитают самолечение.

5) При обращении в медицинские учреждения мигранты сталкиваются с дискриминацией со стороны медицинского персонала.

Теоретико-методологической основой исследования выступают теория интеграции Х.Эссера и поведенческая модель доступа к медицинским услугам Р. М. Андерсена.

Методы исследования

В процессе проведения эмпирического исследования реализована смешанная стратегия с использованием таких качественных и количественных методов сбора данных, как полуструктурированное интервью и анкетный опрос.

Метод полуструктурированного интервью с мигрантами использовался, чтобы выявить характер интеграции мигрантов, определить, какие факторы влияют на доступ к медицинской помощи и какие стратегии для её получения реализуют мигранты, а также проанализировать взаимосвязь между интегрированностью и доступом к медицинской помощи.

Анкетный опрос мигрантов, дополнив полученные в ходе интервью данные, позволил выявить распространённость различных стратегий использования медицинской помощи и трудностей в её получении среди трудовых мигрантов, занятых на одном строительном объекте.

В качестве дополнительного метода, использовался метод экспертного опроса, который позволил получить информацию об интеграции и доступе к медицинским услугам среди детей мигрантов.

2.2.2. Сбор данных и выборка

Мигранты из Средней Азии являются довольно закрытой, а потому труднодоступной группой. Многие из них отказываются принимать участие в

интервью или неохотно отвечают на вопросы, не желают обсуждать биографические факты с незнакомыми людьми, что может быть связано с опасениями по поводу конфиденциальности и анонимности личной информации. Другая часть мигрантов отказывается от интервью из-за недостаточного знания языка или нелегального статуса. В данном исследовании использовалась выборка доступных случаев.

На первом этапе исследования было проведено 15 полуструктурированных интервью с 16 мигрантами из Узбекистана, Таджикистана и Кыргызстана (одно из интервью проводилось с двумя информантами). В качестве информантов выступили 12 мужчин и 4 женщины в возрасте от 25 до 56 лет, все они заняты на низкоквалифицированной работе (10 мужчин работают в строительстве; 2 мужчин и 4 женщины работают уборщиками/уборщицами).²¹⁹ 7 интервью были собраны в ноябре 2018 г., 8 интервью – в апреле 2019 г.

Поиск информантов осуществлялся посредством использования личных связей. Различалось место проведения беседы: на рабочем месте и в кафе. Проведение интервью с 10 информантами, которые заняты в строительстве одного из жилых комплексов Санкт-Петербурга, стало возможным благодаря договорённости с одним из руководителей проекта. При этом, нужно отметить, что интервьюируемые мигранты работают в нескольких разных подрядных организациях. Знакомство с двумя мигрантками из Кыргызстана состоялось через менеджера клининговой компании, в которой они работают. Доступ ещё к трём информантам, работающим уборщиками, был получен через руководителя другой клининговой компании. Наконец, интервью с уборщицей в общежитии состоялось благодаря личному знакомству. Добавим также, что были предприняты попытки завязать знакомство и договориться об интервью с двумя мигрантами, занятыми в торговле, однако в этих случаях был получен отказ.

Перед началом интервью информантам в общем виде рассказывали об исследовании, при этом в качестве цели определялось изучение образа жизни мигрантов из Средней Азии. Нужно отметить, что в некоторых случаях у

²¹⁹ Список информантов см. Приложение 2

мигрантов возникали трудности с формулированием ответа из-за невысокого уровня владения русским языком. Все интервью были записаны на диктофон с согласия информантов и транскрибированы. Продолжительность бесед варьировалась от 15 до 55 минут.

Для проведения интервью был разработан гайд²²⁰, включавший следующие темы:

- 1) Социально-демографические характеристики (пол, возраст, образование, семейное положение, страна исхода);
- 2) Миграция в Россию;
- 3) Трудовая деятельность в России;
- 4) Социальные связи;
- 5) Взаимодействие с принимающим обществом (с местными жителями, с государственными и правоохранительными органами, социальными учреждениями);
- 6) Другие сферы жизнедеятельности (жилищные условия, знание русского, характер проведения досуга и т.д.);
- 7) Доступ к медицинским услугам;
- 8) Религиозные практики.

Для анализа текстов интервью была выбрана стратегия перекрестного анализа.²²¹ Сначала была проведена группировка ответов, полученных от разных людей на одни и те же вопросы. Далее был использован индуктивный анализ, в ходе которого, используя выделенные категории, была сформирована аналитическая типология стратегий использования медицинских услуг и выявлены характеристики интеграции трудовых мигрантов Санкт-Петербурга. В этом случае категории имеют свои корни в социальной теории или научной литературе, т.е. аналитик использует категории и модели, о которых изучаемые люди не знают и для описания которых не имеют соответствующих терминов.²²²

²²⁰ См. Приложение 3

²²¹ Штейнберг И., Шанин Т., Ковалёв Е., Левинсон А. Качественные методы. Полевые социологические исследования. / Под ред. И. Штейнберга. СПб.: Алетейя, 2009. С. 256.

²²² Штейнберг И., Шанин Т., Ковалёв Е., Левинсон А. Качественные методы. Полевые социологические исследования. / Под ред. И. Штейнберга. СПб.: Алетейя, 2009. С. 264.

Второй этап исследования состоял в проведении опроса трудовых мигрантов из стран Средней Азии, занятых в строительстве одного из жилых комплексов Санкт-Петербурга. Цель опроса – определить практики использования мигрантами медицинской помощи. Для этого была разработана анкета, которая включала вопросы о здоровье и медицинской помощи и вопросы о социально-демографических характеристиках²²³. Опрос был проведён в апреле 2019 года на строительном объекте. Доступ к респондентам был получен через одного из руководителей проекта. Сбор данных проходил методом самозаполнения анкет. Респонденты отбирались случайным образом среди работников стройки. Анкеты раздавались одновременно группе респондентов из 10 человек, всего было 7 таких групп. Перед раздачей анкеты проводился краткий инструктаж по заполнению, с пояснением кто, по какой теме, с какой целью проводит опрос. В целом, большинство респондентов понимали вопросы и могли ответить на них. Однако 13 человек имели сложности с заполнением анкеты, вызванные низким уровнем знания русского языка, поэтому просили кого-то из своих соотечественников помочь с переводом некоторых вопросов. В итоге было опрошено 70 человек, все респонденты - мужчины. Для создания базы данных и обработки информации использовалась программа SPSS.

Дополнительно третьим этапом был проведён экспертный опрос в Санкт-Петербургской региональной общественной организации помощи социализации и языковой адаптации детей-инофонов «Дети Петербурга». Поскольку среди мигрантов, принявших участие в исследовании почти не было тех, чьи дети находились бы в России, это стало важным для получения информации о некоторых аспектах интеграции и о доступе к медицинским услугам среди детей мигрантов.

2.2.3. Основные результаты

Для начала обратимся к результатам анализа интервью. Согласно анализу интервью, экономические факторы являются основными мотивами для трудовой миграции из стран Средней Азии. Все информанты называют причиной

²²³ См. Приложение 4

миграции в Россию необходимость заработка и невозможность найти работу с хорошей заработной платой на родине.

Информант 2: «...чтобы зарабатывать...как-то семье надо поддерживать...»

Информант 5: «Деньги надо зарабатывать. Ну понимаете. Поэтому и приехал. ... Деньги собрать невозможно [на родине]. Только расход, даже на расход не хватает. То, что зарабатываешь деньги, зарплата мало да».

Информант 16: «Там работа нет, никто не платит там, там мало у нас зарплата. Я в Кыргызстане была я там учитель, но мало платят. Потому мы уехали.»

Информант 15: «У нас это... за профессии работы нет у нас... Просто там все в бизнесе есть, по специальности работы нет.»

Также в качестве причины информанты называли желание материально помочь семье, в частности родителям.

Информант 6: «Я вырос без отца и так и пришлось уехать на заработки... Ну я не женатый, но семье помогаю, да. То есть мама работала, пять лет, моему. Я решил от этого всего ограничить маму и сам».

Кроме того, некоторые информанты указали на возможность улучшить своё материальное положение в стране исхода, приобретя там машину, дом, квартиру, или получить возможность сыграть свадьбу:

Информант 6: «... и брата поженил еще. ... Ну это то есть... финансовая помощь. Всё... Там уже дом строю. ... Сестра обучил, замуж отдал...»

Информант 3: «[мама] мои деньги собирает. Я, когда поеду, куплю квартиру...»

Информант 1: «Ну естественно там есть работа... Но... эта работа... хватает как бы сказать на жизнь, да. Но чтобы там что-то улучшить, да, например... Вот я, например, тут работаю уже 10 лет... И я купил себе машину, например. Сделал себе дом, женился за этот счёт.... Я бы это там не мог бы сделать. Потому что там зарплата не позволяет, можно сказать.»

Более того, миграция в Россию воспринимается информантами как вполне обыденный и распространённый вариант улучшить материальное положение.

Информант 2: *«Ну... потому что вот все на заработки поехали... я тоже хотел попробовать...»*

Информант 4: *«Нет, [родственники] ничего не сказали, все же так делают...»*

Рассмотрим различные измерения интеграции мигрантов. **Структурное измерение** касается участия в разных сферах принимающего общества (например, в образовании или рынке труда), занятия определённых социальных позиций и проявляется в характере трудовой деятельности, уровне образования и дохода, во взаимодействии с государственными службами и социальными учреждениями. Прежде всего, отметим, что большинство информантов имеет среднее специальное образование (9 человек). 4 человека имеют среднее образование, у двоих есть высшее. Что примечательно, мужчина, имеющий высшее образование, принадлежит к старшей возрастной группе по сравнению с остальными (ему 51 год), т.е. образование он получал ещё в советское время. При этом информанты, даже при наличии профессионального образования, устраиваются работать не по специальности, на работу с низкими требованиями к квалификации сотрудника. Среди информантов есть уборщики и уборщицы, разнорабочие, каменщики, подсобные рабочие и т.д. Трудовая деятельность мигрантов вынужденно оказывается не связанной с полученной ими профессией, а необходимость выполнять низкоквалифицированную работу ожидаемой.

Информант 6: *«[профессия] ну обычная, где черные работают... Где там уборщики».*

Условия труда почти у всех информантов являются достаточно тяжелыми: они работают по 10-12 часов в сутки, некоторые из них указывали на отсутствие выходных, у других выходной только в воскресенье. Наличие перерывов и возможности выйти на больничный в каждом случае зависит от работодателя: почти у всех информантов, работающих в строительной сфере, нет проблем с этим, а у информантов, работающих в клининговых компаниях, перерывов на

обед и больничных за счёт работодателя не предусмотрено. Тем не менее, при том, что мигранты отмечают, что *«работать тяжело, конечно»*, почти никто из информантов не высказал недовольства нынешним местом работы, условиями труда или работодателем. Поскольку многие интервью походили по месту работы мигрантов и доступ к информантам осуществлялся через работодателей, это может быть связано с опасением, что данные исследования каким-либо образом станут известны их непосредственному начальству. Добавим также, что все информанты имеют знакомых с опытом миграции (друзей или родственников), а потому проблемы, связанные с условиями работы и характером труда, являлись для них ожидаемыми. Впрочем, говоря о предыдущих местах работы, мигранты сообщали и о злоупотреблениях, и об обмане со стороны работодателей, в том числе о том, как работодатели забирали документы или не выплачивали заработную плату.

Информант 6: *«Приехал когда, было очень другой система, была... занимаешь в другой фирма. по-другому. Значит с документы. И они только нам ксерокопию давали. Паспорт отбирали, и у них они. За эту задолженность платить.»*

Информант 13: *«Работали месяц, не платили и всё... .. Не выплатили. Я уехал оттуда. Была сначала задержка, а я потом оттуда уехал, не дождался. Два месяца подождал, потом уехал сюда, в Питер.»*

Информант 14: *«В прошлом году ... работал плотником. И потом срочно это, папа умер у меня, я на Узбекистан на похоронку пошёл, и два месяца у меня это зарплата остался. Потом я оттуда позвонил, "приходи, отдаю денег" сказал бригадир. Пришёл, не дал денег.»*

Нужно отметить, что все участники интервью пребывают в России законно, имеют все необходимые документы, в том числе патент на трудовую деятельность в России, однако не все работают по трудовому договору, а многие, при его наличии, не знакомы с его условиями.

У информантов в основном нет проблем с документами, хотя у некоторых бывают периоды, когда нужные документы отсутствуют, если человек забудет вовремя обратиться в соответствующие органы или возникнут другие проблемы.

Информант 1: *«вот у нас делается, например, регистрация, да, 3 месяца... и бывает такой момент, что срок истекает, а у меня нету следующего... как бы где-то время займёт, где-то готов, где-то 5-6 дней, даже неделя я могу ходить, просто остальные документы есть, ну регистрация у меня нет... бывают такие моменты... ну это иногда, когда забываю об этом... есть такие моменты, когда неделю могу так, без регистрации нарушать закон».*

Информант 11: *«Кстати, вот, видите, только что мне звонили, какие необходимости, да, они сразу нам звонят, да, скажут. Вот у нас один сегодня получил, у него чего-то не то с документами, щас он уйдёт и меняет.»*

В целом не имея проблем с документами, некоторые информанты отмечают ряд бюрократических сложностей, трудности с пониманием того, как работает эта система.

Информант 9: *«Ну только с документами сложно разбираться, но мне друг рассказал, помог...»*

Информант 15: *«Ну документы... Тогда раньше трудно было, а сейчас легче. Документы сделаем и работаем нормально.»*

Информант 16: *«Раньше этот патент есть была у нас Кыргызстан. Сейчас только узбеки и таджики, у нас сейчас нет. Только регистрация и всё. Вот регистрация, всё, можно работать.»*

Некоторые мигранты считают, что оформление через посредников – более удобный путь.

Информант 1: *«Если идём туда сами, без помощи посредника, естественно это время займёт много. А эти посредники.... Они знают. Знакомы там или ещё что там у них... они быстро это делают. Хотя если я сам напрямую пойду сделаю, это выходит намного дешевле, но так как время займёт больше...».*

Однако использование услуг посредников может быть не очень успешным. Мигранты могут столкнуться с мошенниками. Одна информантка, которая рассказала, что не представляет, как оформлять патент, и потому пользуется услугами посредников, отметила при этом, что на второй год пребывания в России оказалась в такой ситуации.

Информант 4: *«один наш парень меня обманул, у меня на второй год продлить надо было, он деньги собрал с нас, с четырех человек, а потом ничего не делал... [узнала] от знакомых. Они без документов остались потом, а я успела, еле успела, еще больше потом денег отдала».*

В целом, взаимодействие мигрантов с государственными службами ограничивается теми органами и учреждениями, которые непосредственно связаны с вопросами миграции (не считая правоохранительных органов). О контакте с какими-либо ещё учреждениями или некоммерческими организациями информанты не сообщили. Добавим, что, отвечая на вопрос о взаимодействии с общественными организациями, некоторые участники интервью решили, что речь идёт об организациях-посредниках, которые помогают с оформлением документов, или о фирмах, оформляющих страховку.

Мигранты, которые приезжают в Россию семьями, предпринимают попытки устроить детей в школу. Они сталкиваются с рядом сложностей. Одна из проблем – недостаточная информированность родителей. *«...не всегда родители знают, какой механизм, куда пойти, какие документы собрать...»* (Из интервью с экспертом) Другая проблема - отказы в приёме ребёнка со стороны школ. *«...родители могут прийти в несколько школ ближайших, там получить отказы и, не зная куда дальше обращаться, они могут какое-то время просто детей в школу не водить.»* (Из интервью с экспертом) Ещё одна проблема – недостаточный уровень русского языка у детей мигрантов. Согласно закону, ребёнка не могут не взять в школу из-за незнания языка. Поэтому плохо говорящего по-русски ребёнка могут отправить в класс младший по сравнению с его возрастной группой, что вряд ли устроит родителей, учителя и его самого. *«Ну просто бывает, что директор школы не хочет к себе лишних учеников*

брать, особенно учеников, которые не знают русский язык. Потому что школы тоже поставлены в такие условия, где у них нет дополнительных преподавателей, дополнительных часов по русскому языку и брать на себя вот такой как бы груз... ..Тут вопрос, что нужно как-то системно это решать. Создавать дополнительные занятия, ставки для учителей и так далее.» (Из интервью с экспертом)

Одна из значимых для трудовых мигрантов сложностей – это взаимодействие с полицией. Многих мигрантов часто останавливают для проверки документов, регистрации.

Информант 1: *«Ну это сложности бывают тока с милицией. Вот это у нас сложно. А остальное как бы не сложно.»*

Информант 3: *«меня задержал один раз... проверял документы... я отнёс на какой-то отделение... метро Автово... там 24 отделение... туда отвези, проверяли и вернули...всё»*

Информант 13: *«С полицией всегда проблемы. Останавливают, проверяют документы... А такая серьёзная проблема не было.»*

При этом можно заметить, что в соответствии с жизненным опытом информантов наличие документов выступает как фактор, позволяющий снизить сложности при взаимодействии с правоохранительными органами.

Информант 5: *«Документы проверяют, и, если документы в порядке, отпускают.»*

Информант 9: *«Ну документы нормально у меня... [полиция] смотрели, проблем не было. ... Если не было, работать нельзя... на улице спросить могут... Вовремя всегда документы есть.»*

Некоторых доставляли в полицейский участок, в виду отсутствия документов на руках или нежелания их показывать.

Информант 1: *«Хотя у меня были все документы, всё нормально, всё хорошо, но я два дня просидел в этом... обезьяннике... как называется это.... Два дня меня посадили. ...Ну вот так остановили и просили документы. Я не показал документы которые.... Ну естественно я имею право находиться в России, да,*

всё по закону, всё хорошо. Ну не знаю, может я им не понравился... или что-то я им не давал...»

Информант 6: *«Паспорт отбирали [работодатель]... И... потом. Меня поймали как-то вечером. Было какой-то праздник, и забрали в отделение. Полтора суток там... Потому что копия доверенности не назначено, что вот этот паспорт с собой было, не у кого. То есть это же личные вещи. И полтора суток спал, потом принесли, и отпускали. А в то время штрафовали еще. Пришлось в другом. На другой год оформлять документы, и вышла задолженность у меня. В то время мне ничего не сказали и отпустили. И оказывается штраф был.»*

Кроме того, некоторые мигранты сталкиваются с вымогательством и угрозами со стороны полиции.

Информант 16: *«Метро. Потом милиция. Потом "откуда ты" вот так, вот так. ... Иногда милиция такие, совесть нету. У меня тысяча была рублей. "Дай тысячу", он сказал. ...»; «Так ругает, вот так... А потом, что сделать, я тебе сейчас сетка и этот, как... решётка положу вот так, вот так. ... Так потом, что есть в кармане, всё положил... Берёт, а потом... Ну иногда совесть нет. Ну у тебя хорошо всё, чисто. А деньги хочет они. Потому вот так...»*

При этом, зачастую мигранты относятся к проверкам спокойно, воспринимают их как обыденность.

Информант 8: *«Ну один раз останавливала и проверял мои документы... ну всё было нормально, и отпустили меня... Ну это их дело, они за это деньги получают...»*

Более того, в случае необходимости мигранты (по крайней мере, легальные) готовы самостоятельно вступить в контакт с представителями правоохранительных органов, обратиться за помощью, и, несмотря на проблемы, не экстраполируют недовольство на всю систему правоохранительных органов.

Информант 13: *«однажды я обратился, конечно... Проверяли у моего друга патент, ну документы проверяли, а патент не вернули... Я по интернету искал, ну такой такой район, вот здесь по Санкт-Петербургу, такой район,*

смотрю отделения номер. Сразу звоню: вот такое время на такой улице проверяли документы, патент не вернули. Нашли потом, брали. Просто он [полицейский] забыл, в карман положил, патент упал в карман, паспорт вернул, патент остался у него...»

В итоге, основные ситуации в повседневной жизни трудовых мигрантов из Средней Азии, маркируемые ими как проблемы, связаны с взаимодействием с государственными структурами и полицией.

Далее рассмотрим **социальное измерение интеграции**, поскольку интеграция связана с динамикой характеристик социальных отношений. Сюда входят характеристики круга общения, контакты с представителями своей этнической группы и с членами принимающего общества.

Для всех информантов значимыми являются различные транснациональные практики, которые включают регулярные финансовые трансферы в страну исхода, посещение страны исхода, частое общение с родными, друзьями, близкими, оставшимися на родине и т.д. Вопрос с денежными переводами на родину является ключевым для всех информантов, которые имеют семью на родине. Все участвовавшие в интервью мигранты имеют близких родственников, оставшихся на родине, которым они ежемесячно отправляют часть своей заработной платы. Размер переводов составляет около половины полученных денег, иногда - больше. Некоторые мигранты отмечают, что стараются экономить на всем для себя, чтобы отправить как можно больше денег на родину, однако жизнь в Санкт-Петербурге тоже требует значительных финансовых затрат – аренда жилья, оплата патента, покупка продуктов питания, транспортные затраты и т.д. Несколько информантов сообщили о том, что их заработок в России – единственный источник дохода их семей. Как уже отмечалось выше, многие информанты стремятся улучшить своё финансовое положение на родине, откладывая деньги на дорогостоящие покупки (недвижимость, автомобиль и т.д.).

Все информанты без исключения поддерживают тесные связи с семьей, вне зависимости от того, находятся ли члены их семей в стране исхода,

проживают с ними в одном месте или находятся в другом городе России. Связь с родными, оставшимися на родине, носит регулярный характер и осуществляется ежедневно, посредством телефонной связи, Интернета, а также через мессенджеры (Whats App, Viber, Imo). Хотя коммуникация происходит часто, почти все информанты не обсуждают возникающие у них проблемы с родственниками в стране исхода. Основными темами обсуждения выступают бытовые вопросы, вопросы здоровья родственников и т.д.

Информант 1: *«Есть и личные, есть и как бы вот спрашивает, как у вас там работа, например, да.... Ну обо всём, обо всём понемножку.»*

Информант 2: *«Что у меня тут с работой что-то есть, я им ничего не скажу. Просто там у них... как здоровье, как там что дела у них, как учеба у сына... а дочь у меня работает в детском садике, я спрашиваю, как дела у неё, как она там, что там, справляется или нет... Если что, помогаем, советуем...»*

Информант 9: *«Проблемы? Не... не рассказываю... я... как сказать... чтобы не волновались, не говорю...»*

Информант 13: *«Они чем может помогут? Только страдают и всё. Зачем рассказывать?.. Я наоборот помогаю, там что-то проблема будет, ну они рассказывают, я что-то нужно советы дам.»*

Раз в год информанты осуществляют поездки на родину. Ближайшие родственники часто выступают в качестве основных, а в некоторых случаях и единственных, социальных контактов респондентов со страной исхода. Некоторые мигранты воспринимают как трудность разлуку с семьёй.

Информант 8: *«Трудности это скучаю по родным... Ну, больше таких трудностей нет... Мы же, узбеки, привыкли к трудностям...»*

Значимую роль в поиске работы и жилья как в первое прибытие в Россию, так и в последующее время, играют соотечественники, родственники и друзья, уже имеющие миграционный опыт. Они выступают как канал получения информации о миграции и жизни в России, так и трудоустройства. Поиск жилья описывается информантами следующим образом:

Информант 12: *«Я сам не снимал, но с друзьями снимали, жили раньше»*

Информант 15: *«Ну кто раньше работала, они снимали квартиру... Вон там живём с ними, платим деньги...»*

Информант 11: *«Мы квартиру снимали, а там квартира срочно надо было хозяину ремонт делать. А дедушка говорит "давайте приходите ко мне, ко мне будете жить". Пришли туда, а там дедушка и бабушка, и всё, больше никого нету. Я им помогал, ну по работе помогал, свою работу делал. С ними жил 4 года. Ну русские обычаи немножко знаю, поэтому я быстро язык найду.»*

А вот что рассказывают информанты о поиске работы:

Информант 1: *«меня как бы позвал сюда двоюродный брат. Как бы, естественно, он работал в магазине и мне сказал "давай, приезжай, вместе поработаем"»*

Информант 2: *«я не искал работу, потому что... в Орле тоже у меня туда вот сосед поехал, я с ним, а там работа была...»*

Информант 3: *«у меня брат работал здесь... старший брат работал, он позвал».*

Можно говорить о том, что мигранты, прибывая в Россию, имеют возможность включаться в определенные социальные сети, интегрироваться в определённые сегменты общества.

В России информанты находятся в коммуникации с коллегами (иногда разной этнической принадлежности), соседями по квартире/комнате, соотечественниками и родственниками, проживающими в Санкт-Петербурге. Однако, большинство из этих социальных контактов остаются в рамках рабочих или родственных отношений, а некоторые из информантов сводят общение лишь до членов семьи и двух-трёх близких друзей, оказываясь фактически в добровольной изоляции. Например, одна из женщин рассказала, что дружит с двумя петербурженками и живет с сыном и невесткой, которые и являются её основным кругом общения (Информант 7). Другой информант считает, что близкую дружбу здесь выстроить сложно, и за все время пребывания в России у него был только один близкий друг, с которым он познакомился на работе (Информант 6). С другой стороны, некоторые информанты отмечали, что, кроме

друзей-соотечественников, у них есть близкие контакты среди местного населения.

Информант 1: *«[среди русских] друг есть, девушка...».*

Информант 11: *«Здесь много друзей. Знакомые есть. И русские знакомые есть. Вот, например, на выходной вот на это воскресенье поедем на футбол смотреть.»*

Отметим ещё, что наличие друзей среди россиян часто зависит от длительности пребывания в России: информанты, которые в России недавно, не имели близких контактов с местным населением.

Наличие даже небольшого круга друзей у мигранта позволяет в случае возникновения проблем использовать этот ресурс для их решения. Так, информанты рассказывали, о том, что помогают друг-другу материально, оказывают информационную поддержку менее информированным соотечественникам.

Информант 8: *«Ну он, например, болеет, а ему ещё зарплату не выплатили... или только что приехал, ему надо деньги на документы... и я одалживаю... такая ситуация...»*

Информант 11: *«Кто-то приезжает, да, из дома, например, да... Первые дни деньги нету, болеет или там домой что-то случилось... Ну нужны деньги... Мы же здесь если давно, у меня есть, я им помогаю... Иногда они нам помогают. ... А сейчас такое время без денег ничего не решается.»*

Информант 13: *«Да мы обычно с этим с документами помогаем. Когда приезжает, деньги нет на документы делать, помогаем вот друзьям или знакомым»; «Друзьям я помогал [попасть к врачу по ДМС]. Ну позвонил там, куда сходить, чего, там узнавал.»*

Информант 14: *«Иногда бывает, ему надо будет деньги или мне... Позвоним, деньги дадим... Или там рассказать, что где...»*

В итоге, друзья и родственники, отправившиеся в миграцию раньше и лучше включившиеся в общество, представляют собой социальный капитал, позволяющий получить информацию и разного рода помощь.

Почти все участники интервью отметили, что не встречали негативного отношения к себе со стороны граждан России, не имели конфликтов с местным населением в Санкт-Петербурге, поддерживают ровное, спокойное общение внутри трудового коллектива.

Информант 1: *«Всё хорошо, всё нормально, все уважают естественно... ну по крайней мере у меня не было такой случай.»*

Информант 8: *«Русский народ – хороший народ... Нормально относятся к людям... Со мной такого проблем не было.»*

Однако случаи негативного отношения со стороны местных жителей также имеют место быть.

Информант 3: *«ну какой-то время... вот на магазин заходим...не знаю... может... впереди меня кто-то стоит, он по-русски не знает... они ругаются...ну этот тоже правда не знает...какое-то время я таким был... ругался я ... ну я просто им сказал, не надо так ему кричать... можно же нормально объяснить или кому-то позвать... потом я переводил... и нормально было».*

Информант 16: *«Иногда такие, как тебе сказать, такие русские есть... это чёрные, вот так, вот так, черные вот так и вот так... Я много слышала от русских, много гадостей... Иногда ходим или в магазин, или где... Ну так было...»*

В целом, можно говорить о том, что в среде мигрантов налажена плотная коммуникация. Информанты поддерживают связи на рабочем месте, в местах совместного проживания, а для взаимодействия с родственниками в стране исхода используют мобильные телефоны с расширенными функциями (доступ в Интернет и прочее).

Рассмотрим **культурное и эмоциональное измерения интеграции**. Первое включает овладение языком принимающего общества, усвоение норм, образа жизни и т.д., то есть достижение схожести жизненных миров мигрантов и местных жителей. Второе связано с наличием эмоциональной связи между мигрантами и принимающим обществом (или отдельными его частями);

представляется, что связанный с эмоциональным измерением процесс идентификации может проявляться в желании связать своё будущее с жизнью в России.

Один из важных показателей интегрированности – знание языка принимающей страны. Среди информантов наилучшее знание языка было у мужчины 51 года из Узбекистана и женщины 56 лет, у которой есть русские родственники. Оба они принадлежат к более старшей возрастной группе. Эти информанты выучили язык ещё в советское время и знают его давно. Остальные информанты относятся к более молодому поколению, одни учили русский ещё в школе, другие - в связи с необходимостью миграции в Россию.

Информант 1: *«в России [на работе] половина почти русские, украинцы, белорусы...с ними надо по-русски. С помощью этого немножко улучшил знание языка».*

Информант 8: *«Ну просто у меня мать преподаватель по русскому... Ну я нехорошо учился, просто общались дома по-русски немножко, когда было свободное время...»*

Информант 11: *«Я был в школе отличником. На русском языке именно. В школе учил. ... Ну мы учим же таджикский, да, а там есть в неделю три раза русский язык. Это не по желанию, это обязательно.»*

Информант 10: *«Ну, честно говоря, меня в Москве учили там. Я на посёлке работал, там меня научили по-русски. ... [когда приехал в Россию] не знал, ничего не знал.»*

Информант 13: *«Я когда в Россию приехал, вообще ни одной слова не знал. Даже не понимал, когда "здравствуйте", что это такое, вообще не понимал. Вообще. ...Ну, потихоньку научился... Жизнь научила, можно сказать.»*

Помимо прочего, знание русского языка определяется информантами как фактор, позволяющий избежать сложностей с полицией, успешнее взаимодействовать с местным населением. Мигранты, которые не знают русского языка, чаще становятся объектами для противоправных действий со

стороны разных акторов принимающего общества (работодателей, правоохранительных органов и т.д.).

Информант 2: *«ну трудностей у меня не было... потому что я когда служил в армии, в Прибалтийском военном округе... ну по-русски знал нормально...»*

Информант 4: *«хотела, чтобы дети больше русский язык учили...».*

Информант 11: *«А если документы все в порядке, что они [полиция] могут... Ещё надо русский язык хорошо знать, чтобы с ними общаться.»*

Также остановимся на проблеме языковой ресоциализации детей мигрантов. Важную роль в языковой ресоциализации детей играет школа. Дети мигрантов идут на контакт и стремятся включиться в общество. Местные дети, в целом, спокойно реагируют на детей мигрантов, общаются с ними так же, как и с другими своими сверстниками. Низкий уровень владения языком является барьером в общении между детьми. *«Некоторые дети рассказывали про то, что другие ребята не очень хотели с ними общаться, как-то дружить, но скорее из-за отсутствия общего языка. То есть когда ребёнок приходил в школу и плохо разговаривал на русском, то... ну это да, это вызывало как бы такое недоверие со стороны других детей.»* (Из интервью с экспертом) Хорошее знание языка способствует большей вовлеченности детей во взаимодействие со сверстниками.

Что касается жилищных условий, информанты проживают в съемных квартирах, комнатах, часто расположенных в удаленных районах, на значительном расстоянии от их места работы, или в общежитиях. Также информанты проживают в одной квартире с большим количеством соседей: в одних случаях это семья и родственники, в других – коллеги, такие же трудовые мигранты. Информанты указали, что делят комнату с 3-5 людьми, при этом никто из них не высказал недовольство жилищными условиями.

В интервью мигранты указывали, что используют Интернет в том числе для различных повседневных и бытовых нужд: от общения с семьёй до съёма жилья. Интернет маркируется как средство, позволяющее без проблем

осуществлять коммуникацию с родственниками в стране исхода и облегчить поиск жилья.

Информант 3: *«Сейчас через интернет всё можно же найти... квартиру, всё жильё... что там... в этом вообще трудностей не было...»*

Информант 8: *«...С ними [семьёй в Узбекистане] тоже общаюсь часто. Телефон и интернет, всё есть. Нет трудностей поэтому.»*

Информант 10: *«Брат нашёл квартиру через интернет без проблем.»*

Информант 11: *«А что сейчас с поиском жилья проблемы, в Интернет зайдёшь - всё есть.»*

Говоря о религиозных практиках, нужно сказать, что у информантов они не являются сильно выраженными: почти все отмечают какие-либо из религиозных праздников и посещают мечеть по праздникам, однако многие относятся к нормам ислама относительно свободно. Часть информантов не считают себя религиозными, некоторые курят, употребляют алкоголь или посещают бары, что является нарушением канонов.

Информант 7: *«Нет [семья не религиозная]. Все современные. (смеется) Ну все мы в русских школах учились, все мы жили как русские, я не скажу, чтоб у нас такое было прям.»*

Информант 2: *«Ребята отмечают, и я тоже... выходные дни... вот, считай, вот это только, а остальные... ну ребята отдыхают, я тоже отдыхаю. Если пойдёт работать, я тоже пойду работать. Мне... потому что, как вам сказать... я иногда верю, иногда не верю.»*

Те, для кого нормы ислама более важны отметили, что не имеют возможности из-за загруженности на работе читать Коран, совершать намаз или держать пост в Рамадан. Но по возможности они стараются соблюдать часть традиций.

Информант 15: *«Газета "Ас Салам" [мусульманская духовно-просветительская газета] есть... читаем»*

Информант 16: *«Ну... сейчас мы это работаем, здесь трудно [соблюдать пост]...»*

Информант 15: *«Айт... отмечаем мы. На своём языке Айт... Новую одежду покупаем, надеваем. И с люди хорошие отношения надо...»*

Информант 6: *«[про намаз] Ну на работе же все, я думаю, очень это, глупость будет. ... по правилам Корана очень надо быть чистый человек, надо пять разов умыться, пять раз чистым ходить, и потом помолиться. Так на работе...»*

Только один участник интервью (Информант 1) следует всем основным нормам ислама: ходит в мечеть, держит пост, даже на работе, читает намаз (*«потом всё вот это, который не делал [днём на работе], вечером делаю»*), не пьёт, не курит, может читать Коран (*«в России Коран не читаю, нет с собой... но могу его читать»*). По сравнению с домиграционным периодом изменений в религиозных практиках он не отметил.

Некоторые указали, что до миграции могли держать пост, ходить в мечеть или справлять праздники, потому что так делали их более религиозные родственники и члены семьи.

Информант 4: *«У меня мама [в Узбекистане] тоже читает [намаз] 5 раз... а я вообще не читаю.»*

Информант 3: *«ну вот в Узбекистане... у меня мама держала [пост]... там празднуем, здесь нет».*

В целом, религия не выглядит для информантов сензитивной темой. В основном совершение религиозных практик после миграции в Россию становится менее частым.

Долгий рабочий день, невысокий уровень заработной платы, тяжелые условия труда оказывают влияние на проведение досуга мигрантами. Информанты отмечают, что имеют мало свободного времени, проводят его дома, просто отдыхая или занимаясь домашними делами.

Информант 7: *«мы... никуда не ходим. Дома. Отдыхаем, по уборке занимаемся, по дому».*

Другая часть респондентов выделяет следующие формы деятельности во время выходных: прогулки по городу, посещение баров, кафе (в том числе,

некоторые отметили, что часто бывают в кафе с национальной кухней, так как там подаются национальные блюда), кино, торговых центров, встречи с друзьями.

Информант 1: *«Спать, прогуливаться по городу, да. И ничего не делать... могу себе это позволить.»*

Информант 2: *«ну я люблю погулять просто по Питеру. Выходной у меня воскресенье, пойду погулять по Питеру. Ну там в магазин зайду, шоппинг, вот это всё... а так... у меня время нет свободного кроме воскресенья.»*

Информант 5: *«Кафе вот здесь ближе узбекское, туда ходим. ... просто потому что наша еда готовят там»*

Информант 16: *«Ну просто парк гуляем, в макдаки ходим, туда, сюда... Ну вот все выходные и закончатся.»*

О посещении культурных объектов Санкт-Петербурга рассказал только один информант.

Информант 12: *«В прошлое воскресенье был вот этот в Эрмитаже, там смотрел на ювелирные изделия...»*

Отвечая на вопрос о дальнейших жизненных планах, информанты разделились на две группы: те, кто хочет остаться жить в Санкт-Петербурге, и те, кто в дальнейшем планирует вернуться обратно на родину. В первой группе информанты отметили, что им мешает поселиться в России ряд сложностей: трудности с прохождением бюрократических процедур, необходимость покупки недвижимости в России, пожилые родственники в стране исхода.

Информант 16: *«Ну хотим [остаться], но в Кыргызстан тоже у нас дом есть, жильё... А здесь покупать деньги нету... Миллион нету на дом покупать надо, квартиру, комнату...»*

Информант 15: *«Здесь устраивать надо, квартира купить надо... И документы сделать надо. Устраивать тут трудно.»*

Информант 14: *«Ну я хотел, но этот... не могу сейчас ... Там мама есть, надо посмотреть, я старший сын.»*

Вторая группа, как уже отмечалось, планирует накопить денег на покупку квартиры или построить дом на родине. Однако отметим, что многие из этих информантов находятся в России уже довольно длительное время (по 10-15 лет), даже несмотря на то, что в ответах не связывали свои планы на будущее с Россией.

В итоге, говоря об интегрированности мигрантов в принимающее общество, можно выделить несколько основных препятствий для успешного прохождения данного процесса: отсутствие мотивации, связанное с желанием в дальнейшем вернуться на родину; языковой барьер, слабое знание русского языка; отсутствие свободного времени из-за больших нагрузок на работе; предвзятое отношение со стороны принимающего сообщества.

Чтобы проанализировать доступ мигрантов к медицинской помощи, за основу взята поведенческая модель Андерсена, которая предоставляет аналитическую схему для анализа того, какие факторы важны для доступа мигрантов к медицинским услугам. Выделяется три группы факторов: предрасполагающие факторы, вспомогательные ресурсы и потребности.

Начнём с предрасполагающих факторов. В теории к ним относятся такие факторы, как пол, возраст, образование, профессия, этническая принадлежность, язык, условия труда и жизни, миграционный статус, знания о медицинской помощи и убеждения в отношении здоровья.

Знание русского языка уже упоминалось в качестве фактора, влияющего на успешность взаимодействия с принимающим обществом и позволяющего снизить риски. В доступе к медицинской помощи этот фактор также оказался значимым. Те, у кого знание языка лучше, могут успешнее искать информацию о медицинских услугах, могут позвонить и записаться на прием к врачу или сообщить о проблемах медицинским работникам. Низкий уровень знания русского мешает мигрантам эффективно ориентироваться в системе и пользоваться услугами. Следствием этого является недостаток информации о том, какие медицинские услуги можно получить, где их получать, к кому обратиться. Также языковой барьер препятствует взаимопониманию между

врачом и пациентом. В некоторых случаях отрицательное отношение к мигрантам может быть с их низким уровнем знания русского языка.

Из интервью с **Информантом 5**:

«Р: ... к доктору зайдешь, там проверяет, кровь это...

И: Ну анализ, да?

Р: Да, анализ. Такое время может человек не слушает. Ну потише они разговаривают, и я спрашиваю еще раз говорить. А они потом на бумаге запишут, выходи давай. Переводчик надо. То есть чтобы...

И: Это они говорят, что вы должны с переводчиком...?

Р: Да-да-да.»

Информант 13: *«Препятствия... .. Ну может язык если плохо знает, будет сложно объяснять...»*

Можно говорить о том, что получение навыков владения русским языком является первым шагом к доступу к системе здравоохранения.

Следующий фактор, который нужно упомянуть, это миграционный статус. Участники интервью находятся в стране легально, имеют на руках нужные документы, в числе которых имеется медицинский полис (ДМС), который даёт им возможность пользоваться медицинскими услугами. При этом все они имеют статус временно пребывающих. Те мигранты, которые имеют разрешение на временное проживание или вид на жительство, могут оформить полис ОМС (обязательного медицинского страхования). Экстренная медицинская помощь оказывается бесплатно всем.

Другой важный фактор - это фактор этнической принадлежности. Некоторые информанты отмечали, что к ним относились предвзято из-за того, что они мигранты. Вступая во взаимодействие с медицинскими работниками, они иногда сталкиваются с грубостью в свой адрес, в частности, с использованием в свой адрес этнофолизмов - негативно коннотированных именований, связанных с этнической принадлежностью. Семантике этнофолизмов свойственна оппозиция «свой-чужой». Мигранты воспринимаются как «чужие».

Информант 16: *«Да, хороший тоже есть медицина. Ну я видела хороший тоже вот так, хороший скажет вот так. А другой женщина входит, вот так кричит: вы черные, вот такие, вот такие... Я слышала много раз...»*

Информант 13: *«Ещё грубили, “чуркой” называли... вот он [знакомый] не ходил больше.»*

Информант 9: *«Ну... я ходил как-то, плохо было... Тут есть такое, врач хамит... как это, “чурка” называет... Вот так... Я если могу не ходить к врачу [в России], не пойду... сам лечусь...»*

Информант 5: *«Ну да-да-да, негативный отношение. Ну вот у всех не бывает... Ну как-то по настроениям. Работает.»*

Также проявлением дискриминации является отказ от обслуживания в медицинских учреждениях. Столкнувшиеся с этим информанты отмечали, что такая практика встречается при попытке получить бесплатную помощь по полису ДМС.

Информант 8: *«Один раз одному моему напарнику в глаз болгаркой попал камень... Он там... пошёл к этому... поехал к этому... как вы сказали... медицинский полис... Ну и ему сказал подождать, не обращали внимания, а ему глазу было плохо... плохо было у него здоровье...»*

Негативное отношение к мигрантам и дискриминационные практики со стороны медицинского персонала ведут к тому, что мигранты откладывают обращение к профессиональной медицинской помощи, не используют полис ДМС, предпочитая самолечение, если состояние это позволяет, или, если есть финансовая возможность, обращаются в частные клиники за плановой медицинской помощью на платной основе, поскольку там они не сталкиваются с этими проблемами.

Информант 13: *«У одного в печени камень был. Схватился полночью, и вот звонил в скорую, позвал. Увезли на скорой. ... [До этого] он ходил [к врачу] здесь [в России] один раз. Ну он по-русски плохо говорит. Ему сказали “с переводчиком приходи”. Ещё грубили, “чуркой” называли... вот он не ходил больше.»*

Информант 3: *«Лучше частные... там на больницу мне надо очередь стоять, всё такие... они не смотрят... они хорошо не смотрят... может к гражданину России нормально обращаются, но для нас... думаю, это не так... Лучше на частную пойти.»*

Мигранты из Средней Азии, приезжающие в Россию на заработки, живут в трудных социальных условиях. Они живут по несколько человек в комнате, снимают жильё невысокого качества, часть из них ограничена средствах и старается экономить на медицинских услугах. Это может приводить к различным заболеваниям, связанным, в том числе с этими условиями жизни и стрессом, которые они испытывают из-за негативного отношения принимающего общества. Кроме того, мигранты заняты низкоквалифицированным трудом, работают по 10-12 часов, поэтому сталкиваются с плохим самочувствием, связанным с тяжёлой работой. Также значительная часть мигрантов занята в строительной сфере, которая является весьма травмоопасной, поэтому нередко причиной попадания в больницу является производственный травматизм, о чём сообщали и участники интервью.

Информант 16: *«Ну, когда работаешь чуть-чуть болит, туда-сюда, спина... А потом отдыхаешь, нормально потом всё.»*

Информант 3: *«Ну прошлый годом у меня спина болел. Я обращался...»*

Информант 4: *«...вечернюю уборку я нашла, потом у меня ноги болели... тяжело для меня, еще дети.»*

Информант 8: *«Один раз одному моему напарнику в глаз болгаркой попал камень...»*

Информант 11: *«он [друг] ногу сломал здесь [на стройке], да»; «Просто вот в глаз стружка попала...»*

Не имея послаблений в условиях труда, продолжают трудиться во время беременности некоторые мигрантки.

Из интервью с **Информантом 16:**

«Р: Я скоро уже, как тебе сказать, декрет...»

И: Вы скоро в декрет уйдёте?

Р: Ну декрет, но они не платят мне. Я без, как это, без оплаты, без оформления. Такие работа сейчас. ... У нас без оформления. ... Ну сейчас в мае работаю, потом уйду. ...

И: То есть вы сейчас в положении?

Р: Да

И: Понятно. И вы продолжаете работать?

Р: Ну да, сейчас ещё месяц работаю, потом всё.»

Ещё один предрасполагающий фактор – это личные убеждения в отношении здоровья. Мигранты оценивают своё здоровье положительно, однако убеждения о том, когда стоит прибегать к медицинской помощи, различаются. Одни считают, что при плохом самочувствии обязательно нужно обращаться к врачу, что они и делают как на родине, так и в России.

Информант 11: *«Я сам, когда вот, например, один день, два, три, если чувствую себя ещё плохо, обращаюсь там к врачу. ... у меня вот дядя, он врач работает... Он всегда говорит, надо при любой болезни, да, не надо чтобы просто так, когда пройдёт ждать. Надо, говорит, всё равно день прошёл, да, если ты не чувствуешь себя нормально, да, сам по себе никаких таблеток не принимай, надо сходить к врачу, пускай они рекомендуют.»*

Но в основном, ряд обстоятельств, часть из которых уже описана выше, мешает мигрантам следить за здоровьем, поэтому к медицинской помощи они обращаются нечасто.

Отметим, что в проведённых интервью такие факторы как пол и возраст не упоминались как значимые. То, что не упоминался возраст, вероятно, связано с тем, что в миграцию вовлекаются люди в трудоспособном возрасте, в целом, более здоровые. А влияние гендерных различий на получение мигрантами медицинской помощи представляет интерес для дальнейших исследований.

Рассмотрим вспомогательные ресурсы.

Уровень дохода и финансовые ресурсы – ещё один важный фактор в доступе к медицинским услугам. Как уже отмечалось, ряд информантов предпочитали получать медицинские услуги в частных клиниках платно,

поскольку их материальное положение им это позволяло. Причины использования платных услуг различаются. Одни уверены, что это быстрее и эффективнее. Другие сталкивались с дискриминацией при попытке получить медицинскую помощь по полису.

Информант 1: *«вот у нас все мигрантов можно сказать есть полис, да... какой-то случай... они должны с помощью вот этой страховки ну что-то делать, какой-то помощь оказать... но сколько я знаю, были у ребята такие проблемы. У них есть.... ну вот эта бумага, с которой должны помочь, но... бесполезно, она как бы ничего не даёт. Потому что обращаешься туда, тебе отправят туда, туда пойдёшь, куда они сказали. Оттуда дают другой адрес... Ну так, так ты больше истратишь [времени], чем бесплатно это сделать.»*

Информант 8: *«Если бы у меня не было бы денег, наверное бы пользовался. Там просто говорят очередь много или не обращают на тебя внимание... Как бы там же бесплатно... Поэтому не хочу туда обращаться, когда у меня есть деньги. Если не будет, тогда посмотрим»; «[другу] оказали помощь... Нормально всё... Потому что он платил деньги им...»*

Однако для тех мигрантов, которые не имеют такой финансовой возможности, доступ к медицинской помощи ограничивается и возможность использовать ДМС становится более важной, т.к. в противном случае мигранты вынуждены откладывать обращение к врачу.

Из интервью с **Информантом 16:**

«Р: [при беременности] не ходила здесь. Потом дома была, сходила. Потом приезжала и рожала.

И: ... А почему здесь не ходили?

Р: Ну тут платно надо, там дешево...»

Таким образом, и наличие полиса добровольного медицинского страхования для некоторых мигрантов является существенным фактором для доступа к медицинским услугам в России.

Информант 13: *«Кто я знаю здесь, с нами работает – да [используют полис]. Они всегда звонят, только полис, в первую очередь.»*

Также в некоторых организациях работодатель оплачивает медицинскую помощь для мигрантов, о чём сообщали информанты.

Информант 11: *«А больничный там если попадаем в больницу, какая-то необходимость, да, фирма нам поможет, насчёт финансов»; «...он [знакомый] ногу сломал здесь, да. И страховка помогал, и фирма.»*

Отдельно остановимся на проблеме получении полиса для детей мигрантов. Полис для детей стоит дорого, большинство семей мигрантов не могут себе это позволить. *«По закону у ребёнка, у взрослого и ребёнка, любого иностранного гражданина, должен быть полис на руках в России... по факту чаще всего родители обращаются платно к врачу, когда это необходимо, и полноценный полис мало у кого есть».* (Из интервью с экспертом) Получается, что возможности получения медицинской помощи детьми мигрантов сильно ограничены.

Значимым ресурсом для мигрантов при решении вопроса об обращении за медицинской помощью является время. Точнее, наличие свободного времени, которое они готовы потратить на решении проблем со здоровьем, находясь в России. В связи с ненормированным рабочим днём, бытовыми проблемами, у мигрантов ограничена возможность получения медицинской помощи, поэтому, если состояние позволяет, они прибегают к самолечению и/или посещают врачей на родине.

Информант 15: *«Ну что знаем, сами сделаем. С аптекарем лекарства спросим или как... Сами лекарства покупаем... Самолечение. Время мало всегда.»*

Информант 16: *«Ходим [к врачам в Кыргызстане]. Как что, чуть-чуть лечение сделаем. Или кровь сдать, проверить... Здесь нет. Там отдыхаем, есть у нас время.»*

Информант 10: *«Я когда поеду в Узбекистан, к врачам хожу на осмотр. Время есть.»*

Информант 14: *«... у нас это свободное время много будет тогда [период пребывания на родине], поэтому [ходит к врачу]»*

Информант 7: *«Домой когда ездила, там немножко ну как бы подлечивалась там. Получу какие-нибудь капельницы, с врачом посоветуюсь. И потом езжу опять сюда.»*

Важным ресурсом является возможность получения бесплатной экстренной помощи, которая предоставляется всем без исключения, независимо от их юридического статуса или наличия документов. Не имея финансовых возможностей и/или времени, откладывая поход к врачу, мигранты появляются в отделениях неотложной помощи в тяжелом состоянии. Женщины, не имеющие возможность наблюдаться у врача во время беременности в России, могут получить бесплатную медицинскую помощь по родовспоможению.

Информант 16: *«5 лет назад я здесь рожала мальчика. Потом больница была, в Купчино больница была. Я там... у меня не дал этот ребёнок. А, как тебе сказать, у него порок сердца был. Они [врачи] сказали, тебе не дам, мы сами просмотрим, сами сделаем»; «на скорой помощи увезли. Бесплатно рожала, ничего не должна была.»*

Информант 5: *«Я здесь приехал в прошлом году, был аппендицит, и два месяца я не работал, этот [на скорой увезли, лежал в больнице].»*

Качество оказанной помощи - ещё один стимулирующий ресурс. Для некоторых информантов оно определялось с точки зрения уважительного (или наоборот) взаимодействия между медицинским персоналом и пациентом. В этом случае снова возникает проблема дискриминации и негативного отношения со стороны работников медицинских учреждений, которая уже обсуждалась в связи с фактором этничности.

Информант 5: *«Ну да, очень большая [разница в обслуживании в России и в стране исхода], очень большая разница. ... Здесь как-то.... Во-первых, я когда приехал, русский язык не знал, когда в УФМС пойдешь, там только все русские, говорят по-русски. И я не понимаю.»; «...негативный отношение [со стороны врачей]. Ну вот у всех не бывает...»*

Информант 16: *«Ну иногда врачи есть нормальные, вот так, вот так, хорошие врачи. Иногда вот так кричит и кричит, ну есть такие...»*

Другие информанты оценивали результат лечения, стоимость лечения, характер оказанной помощи, профессиональную подготовку врачей.

Информант 3: *«Всё нормально было, не знаю... я обращался, он мне УЗИ сделал... сказали, у тебя такая-то такая-то проблема... записали какое мне лекарство надо, какой укол... я принёс, они сделали...»*

Информант 4: *«Да, конечно [врачам в России доверяю], они лучше, чем у нас.»*

Информант 13: *«Ну... Тогда я 500 рублей оплачивал, хорошо для этого... нормально они мне всё расследование или как называется то это, проверяли... и я выздоровел. Считаю, что это очень хорошо значит.»*

Значимым фактором является наличие информации доступной медицинской помощи. Те мигранты, которые по каким-либо причинам не обращаются к врачу в России, в случае недомогания ищут информацию о симптомах и способах лечения разными способами, среди которых советы знакомых, поиск в Интернете, консультации у фармацевта в аптеке.

Информант 8: *«...принимаю лекарства и всё. ... Среди друзей [спрашиваю] и интернет читаю, какая у меня болезнь, потом делаю так.»*

Информант 9: *«Аптека иду, там спрашиваю [у фармацевта]...»*

Информант 10: *«Я пойду в аптеку [если плохо], там куплю обычные лекарства. Если голова болит, куплю, как по-старому, Анальгин или Парацетамол и так далее. ... Как учили с детства. (смеётся)»*

Информант 16: *«Знакомые, если... В интернете посмотреть...»*

В качестве отдельного вспомогательного ресурса нужно выделить социальные связи, к которым относится наличие неформального помощника – знакомого соотечественника с медицинским образованием, к которому можно обратиться за помощью. Этот человек может составить план лечения, рекомендовать лекарства, поставить капельницу, сделать уколы, посоветовать, к какому специалисту обратиться. Для некоторых помощников этот вид деятельности является подработкой. Как выяснилось в ходе интервью в качестве таких помощников могут выступать такие же мигранты, имеющие медицинское

образование, студенты медицинских специальностей, друзья и родственники, работающие врачами в стране исхода.

Информант 2: *«Среди нас есть тоже медики там. Если надо будет, обращаемся к ним. ... Он [знакомый] напишет лекарства, что надо купить, мы купим, а он придёт и, если надо делать укол, будет делать уколы все. Если капельницу поставить, тоже это делает всё. ... Ну бывает, понимаете вот, человек учится [студент], ему надо деньги, чтобы контракт заплатить... ну для контракта... приходит [приезжает в Россию], месяца 3-4 проработает... вот контракт... для контракта что деньги набрал, всё, билет купил и полетел домой. И дальше будет учёбу продолжать там.»*

Информант 11: *«у меня вот дядя, он врач работает [в Таджикистане]...»*

Информант 16: *«У меня есть киргиз знакомый... Ну иногда у меня телефон есть, вот так, вот так, расскажу... Говорит, пей таблетка вот такой. Вот так сделаем, как скажет.»*

Также, затрагивая тему социальных связей мигрантов, нужно отметить, что наличие более включённых в принимающее общество друзей и родственников способствует обращению мигрантов за медицинской помощью к врачу, т.к. они оказывают помощь как материальную (одалживают денег на поход к врачу), так и информационную (расскажут, к кому обратиться; позвонят в страховую компанию и т.д.).

Перейдём к индивидуально воспринимаемым потребностям в отношении здоровья. В ходе интервью все информанты оценили своё здоровье как «хорошее» или «нормальное». Некоторые из них указали, что ни разу не обращались в России за какой-либо медицинской помощью, кроме стоматологической, или обращались редко.

Информант 1: *«ну я за эти время... хорошо, что не заболел (смеется) не было случаев просто»*

Однако по ходу интервью это оказывалось правдой лишь отчасти. В исследованиях здоровья мигрантов используется понятие «эффект здорового мигранта», который предполагает, что люди, вовлекающиеся в миграцию,

являются здоровыми, сильными, готовы много работать, редко болеют и редко обращаются к врачу. Однако это убеждение может приводить к отказу от болезни, попытке перетерпеть или заглушить симптомы, вместо получения медицинской помощи. Это часто приводит к ухудшению здоровья и в итоге может привести к обострению заболевания. Выше отмечалось, что фактор профессии является значимым для обращения за медицинской помощью: мигранты заняты низкоквалифицированным тяжёлым трудом, в следствие чего сталкиваются с плохим самочувствием. При этом сами мигранты не связывали влияние условий труда с общей самооценкой здоровья.

Говоря о самооценке здоровья, некоторые связывают положительную оценку здоровья с отсутствием вредных привычек, вроде курения и употребления алкоголя.

Информант 3: *«я вообще ни разу в больнице не был до этого... первый раз был прошлым годом... ни разу не заболел... зачем мне болеть, я не пьющий, не курю... со здоровьем всё нормально...»*

Некоторые информанты, рассказывая о здоровье, связывали своё состояние с климатическими условиями в России и в стране исхода. Однако оценка влияния климата на самоощущение здоровья была различной: в одних случаях говорилось об ухудшении самочувствия из-за резких перепадов температуры при отъезде из России в страну исхода и при возвращении, в других случаях отмечалось положительное влияние местного климата на здоровье.

Информант 13: *«Здесь, как бы сказать, холодно постоянно. Мы же с южной стороны, поэтому воспаление бывает. Когда приходишь туда, жарко. Вот сейчас, допустим, здесь 5 градусов, а там 35, даже 40 градусов. Когда сюда приедем, сразу это всё, холод выходит сразу. Климат меняется, и начинаю чувствовать плохо. Это где-то неделю будет продолжаться.»*

Из интервью с **Информантом 15:**

«Р: Когда в Киргизии, зоб был... .. Горло и голова постоянно болела. А здесь не было...

И: Здесь лучше самочувствие у вас? Лучшие себя чувствуете?

Р: Да. Погода там разная, наверное, мне...»

Информант 7: *«Ну мне здесь нравится, мне здесь погода очень хорошая. Мне жарко... не нравится жара, мне здесь лучше.»*

В итоге, в ходе анализа интервью было определено, какие факторы влияют на доступ мигрантов к медицинской помощи. Среди predisposing факторов выделены: знание русского языка, миграционный статус, этническая принадлежность, условия жизни, условия труда, личные убеждения в отношении здоровья. К вспомогательным ресурсам были отнесены: финансовые возможности, наличие времени, бесплатная экстренная помощь, наличие полиса ДМС, качество ранее оказанной помощи, информация о медицинской помощи, социальные связи (наличие друзей, родственников, неформальных помощников).

Можно обозначить несколько основных стратегий, которые используют мигранты в случае болезни:

- самолечение;
- посещение врача в случае крайней необходимости (платно или по полису ДМС);
- использование экстренной помощи (вызов «скорой»);
- обращение к неформальному помощнику – знакомому соотечественнику с медицинским образованием;
- откладывание визита к врачу до возвращения домой.

Перейдём к результатам опроса. В опросе приняло участие 70 мигрантов. Все респонденты – мужчины, занятые в строительстве. В исследовании приняли участие респонденты из трёх стран Средней Азии: 12,9% (9 человек) из Кыргызстана, 31,4% (22 человека) из Таджикистана, 55,7% (39 человек) из Узбекистана.

Табл. 1. Уровень образования

	Частота	Проценты
Среднее (школа)	23	32,9
Среднее специальное (училище, колледж, техникум)	42	60,0

Неоконченное высшее	3	4,3
Высшее (институт, университет)	2	2,9
Всего	70	100,0

Как следует из таблицы 1, большинство респондентов (60%) имеют среднее специальное образование. 32,9% респондентов окончили только среднюю школу. 4,3% имеют неоконченное высшее образование, а 2,9% - высшее.

Табл. 2. Возрастная группа

	Частота	Проценты
от 18 до 25	14	20,0
от 26 до 35	31	44,3
от 36 до 45	18	25,7
от 46 до 55	6	8,6
от 56 до 65	1	1,4
Всего	70	100,0

Таблица 2 показывает, что к возрастной группе от 18 до 25 лет принадлежит 20% респондентов, а к группе от 26 до 35 – 44,3%, что в совокупности для этих возрастных групп составляет более половины опрошенных. Возраст от 36 до 45 лет указали 25,7% респондентов. 8,6% пришлось на группу от 46 до 55 и 1,4% - на группу от 56 до 65.

Табл. 3. Материальное положение

	Частота	Проценты
Могу покупать всё необходимое и делать сбережения	13	18,6
Могу покупать всё необходимое, но делать сбережения не удастся	35	50,0
Денег хватает только на необходимое (еду, одежду и т.п.)	19	27,1
Денег не хватает даже на самое необходимое (еду, одежду и т.п.)	3	4,3
Всего	70	100,0

Таблица 3 отражает распределение ответов респондентов на вопрос о самооценке материального положения. Только 4,3% опрошенных отнесли себя к самой бедной группе населения, у которой не хватает денег даже на самое необходимое. 50% ответили, что могут покупать необходимое, но делать сбережения нет возможности. 18,6% отнесли себя к наиболее обеспеченным. 27,1% ответили, что денег хватает только на необходимое.

Все опрошенные мигранты оценили свое здоровье как «хорошее» (81,4%) или «удовлетворительное» (18,6%). Ранее уже говорилось об «эффекте здорового мигранта»: на миграцию решаются в основном здоровые люди. Данные этого опроса также это подтверждают.

Что касается поведения в сфере здоровья, то во время проживания на родине респонденты обращаются за медицинской помощью преимущественно, когда плохо себя чувствуют в течение нескольких дней (32,9%). 30% вообще не обращались к врачам, 12,9% делали это в случае тяжёлой болезни. 24,3% обращаются за медицинской помощью при малейшем недомогании. При этом обнаружена отрицательная слабая корреляция Пирсона между возрастом и посещением врачей в стране исхода (см. табл.4), Корреляция значима на уровне $p = 0,01$. То есть чем выше возраст, тем более респонденты склонны обращаться к врачу при недомогании в период проживания на родине, что может быть связано с тем, что мигранты старшей возрастной группы в силу возраста больше следят за здоровьем.

Табл. 4. Корреляции

		Укажите возрастную группу, к которой Вы принадлежите	Во время проживания на родине в каком случае Вы обычно обращались к врачу?
Укажите возрастную группу, к которой Вы принадлежите	Корреляция Пирсона Знач. (двухсторонняя) N	1 70	-,418** ,000 70
Во время проживания на родине в каком случае Вы	Корреляция Пирсона Знач. (двухсторонняя)	-,418** ,000	1

обычно обращались к врачу?	N	70	70
----------------------------	---	----	----

**. Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Во время проживания в России мигранты используют различные стратегии получения медицинской помощи (табл. 5). 6% респондентов имеют возможность ходить к врачам в профилактических целях. 34,2% идут к врачу только в случае острой необходимости. 15,4% принимают лекарства, которые советуют знакомые. 25,6% в качестве источника информации используют рекламу или Интернет. 17,9% советуются с фармацевтом в аптеке. Ничего не предпринимал и старался перетерпеть болезнь 1 респондент из опрошенных (0,9%). В целом, можно говорить о том, что посещение врачей становится менее частым после миграции.

Табл. 5. В период проживания в России что Вы делаете, когда плохо себя чувствуете? (возможно несколько вариантов)

	Ответы	
	N	Проценты
Хожу к врачам в целях профилактики и выполняю их рекомендации	7	6,0%
Иду к врачу только когда возникает острая необходимость	40	34,2%
Принимаю лекарства, которые советуют знакомые	18	15,4%
Принимаю лекарства, о которых узнаю из рекламы или в Интернете	30	25,6%
Покупаю лекарства по совету фармацевта в аптеке	21	17,9%
Ничего, стараюсь перетерпеть	1	0,9%
Всего	117	100,0%

В ходе анализа была выявлена значимая корреляция ($p=0,01$) между возрастом и использованием в качестве источника информации о лекарствах рекламы и Интернета. Получается, что молодые люди более склонны использовать Интернет для получения информации о необходимых лекарствах.

Табл. 6. Корреляции

		Принимаю лекарства, о которых узнаю из рекламы или в Интернете	Укажите возрастную группу, к которой Вы принадлежите
Принимаю лекарства, о которых узнаю из рекламы или в Интернете	Корреляция Пирсона	1	,598**
	Знач. (двухсторонняя)		,000
	N	70	70
Укажите возрастную группу, к которой Вы принадлежите	Корреляция Пирсона	,598**	1
	Знач. (двухсторонняя)	,000	
	N	70	70

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

За последний год к врачу в России обращались в общей сложности 41,4% респондентов (табл. 7). Больше всего мигранты использовали платную медицинскую помощь (21,4%). 12,9% получили медицинскую помощь бесплатно, а 7,1% - прибегали к платным и бесплатным медицинским услугам. У 54,3% опрошенных не было необходимости обращаться к врачу. 4,3% отметили, что прибегали к самолечению, т.к. не имели возможности обратиться к врачу.

Табл. 7. Пользовались ли Вы медицинской помощью в России за последний год?

	Частота	Проценты
Да, бесплатной	9	12,9
Да, платной	15	21,4
Да, платной и бесплатной	5	7,1
Нет, не было необходимости	38	54,3
Нет, лечусь сам, так как нет возможности обратиться к врачу	3	4,3
Всего	70	100,0

В 2015 году вступило в силу требование, согласно которому наличие платной медицинской страховки обязательно для мигранта. В связи с этим интересно узнать, использовали ли мигранты за эти несколько лет ДМС для получения медицинской помощи в России: среди опрошенных 32,9% приходилось использовать полис, а 67,1% - нет.

Не имея возможности по каким-либо причинам получить медицинскую помощь в России, мигранты бывают вынуждены откладывать лечения до возвращения домой. К таким мерам приходилось прибегать 8,6% опрошенных мигрантов. Кроме того, наблюдается слабая корреляция между отсрочкой лечения до возвращения в страну исхода и использованием советов фармацевта в аптеке при покупке лекарств для лечения болезни (таблица 8). Корреляция значима на уровне $p = 0,01$. Можно предположить, что вынужденные дожидаться возвращения на родину для получения медицинской помощи мигранты склонны прибегать к помощи аптекаря, считая его способным дать более или менее квалифицированный совет по поводу лекарств.

Табл. 8. Корреляции

		Приходилось ли Вам при болезни откладывать лечение до возвращения на родину из-за невозможности получить лечение в России?	Покупаю лекарства по совету фармацевта в аптеке
Приходилось ли Вам при болезни откладывать лечение до возвращения на родину из-за невозможности получить лечение в России?	Корреляция Пирсона Знач. (двухсторонняя) N	1 70	,468** ,000 70
Покупаю лекарства по совету фармацевта в аптеке	Корреляция Пирсона Знач. (двухсторонняя) N	,468** ,000 70	1 70

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Мигранты могут реализовывать различные неформальные практики получения медицинской помощи. Такой неформальной практикой является обращение за советом к соотечественнику, имеющему медицинское образование. Среди наших респондентов у 15,7% есть знакомые медицинские работники (тоже мигранты), к которым они могут обратиться за помощью.

В таблице 9 представлено распределение ответов респондентов на вопрос о том, с какими проблемами они сталкивались при получении медицинской помощи в России. Большинство опрошенных (63,6%) отметили, что проблем у них не было. Среди остальных, наиболее распространённой проблемой было негативное отношение со стороны медицинских работников (18,2%). 10,4% отметили, что имели сложности из-за плохого знания русского языка. У 5,2% респондентов не было времени на посещение врача. Для остальных 2,6% препятствием стали проблемы с документами и недостаток денег для оплаты услуг врача.

Табл. 9. Проблемы с получением мед помощи (возможно несколько вариантов)

	Ответы	
	N	Проценты
Не хватало денег для оплаты услуг врача	1	1,3%
Нет времени на посещение врача	4	5,2%
Негативное отношение со стороны медицинского персонала	14	18,2%
Проблемы с документами	1	1,3%
Плохое знание русского языка	8	10,4%
Не было проблем	49	63,6%
Всего	77	100,0%

Анализ данных позволил обнаружить несколько корреляционных связей между откладыванием лечения до возвращения в страну исхода и сложностями, с которыми сталкивались мигранты, при попытке получить медицинскую помощь в России (таблица 10). Так, слабые корреляции выявлены между: 1) отсрочкой лечения до возвращения домой и недостатком денежных средств для оплаты услуг врача, 2) отсрочкой лечения до возвращения домой и столкновением с негативным отношением медицинских работников. Средняя корреляционная связь наблюдается между откладыванием лечения и нехваткой времени для посещения врача. Уровень значимости $p \leq 0,01$.

Табл. 10. Корреляции

		Откладывание лечения до возвращения на родину	Не хватало денег для оплаты услуг врача	Нет времени на посещение врача	Негативное отношение со стороны медицинского персонала
Откладывание лечения до возвращения на родину	Корреляция Пирсона Знач. (двухсторонняя) N	1 70	,393** ,001 70	,584** ,000 70	,357** ,002 70
Не хватало денег для оплаты услуг врача	Корреляция Пирсона Знач. (двухсторонняя) N	,393** ,001 70	1 ,001 70	-,030 ,808 70	-,060 ,621 70
Нет времени на посещение врача	Корреляция Пирсона Знач. (двухсторонняя) N	,584** ,000 70	-,030 ,808 70	1 ,000 70	,185 ,126 70
Негативное отношение со стороны медицинского персонала	Корреляция Пирсона Знач. (двухсторонняя) N	,357** ,002 70	-,060 ,621 70	,185 ,126 70	1 ,002 70

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Обобщая результаты опроса, отметим следующее:

- респонденты положительно оценивают своё состояние здоровья;
- возраст является значимым для обращения мигрантов за медицинской помощью на родине;
- посещение врачей в России становится менее частым по сравнению с домиграционным периодом;
- молодые мигранты склонны получать информацию о нужных им лекарствах из Интернета или рекламы;
- среди тех респондентов, которые обнаружили какие-либо сложности с получением доступа к медицинским услугам, наиболее распространённой проблемой было негативное отношение со стороны медицинского персонала;

- недостаток денег, дискриминация со стороны медицинского персонала и нехватка времени – основные причины, по которым опрошенные мигранты откладывают лечение до возвращения домой.

Подведём итоги. Основная гипотеза исследования заключалась в том, что чем лучше интегрирован мигрант в принимающее сообщество, тем лучше доступ к услугам здравоохранения. Можно говорить о том, что она подтвердилась. Мигранты, посредством социальных связей, интегрируются в определённые сегменты принимающего сообщества. Социальные связи с друзьями и/или родственниками, уже имеющими опыт миграции, являются для них каналом информации о жизни в России, о навыках, необходимых для взаимодействия с институтами принимающего общества и местным населением. Они являются ресурсом, который мигрант может использовать для решения проблем: финансовые трудности, помощь с обращением в медицинские учреждения, решение проблем с документами и т.д. Изучение русского языка является способом снижения различных рисков и возможностью успешнее осуществлять взаимодействие с принимающей стороной, в том числе с системой здравоохранения. Легальный статус и наличие необходимых документов также способствует обращаемости в медицинские учреждения в случае необходимости: ДМС даёт возможность получить медицинские услуги бесплатно, а наличие документов снижает опасения мигрантов по поводу возможности возникновения проблем. Таким образом, большая степень интегрированности даёт мигранту больше возможностей для использования медицинской помощи.

Вторая гипотеза состояла в том, что мигранты, предпочитающие взаимодействовать только со своими соотечественниками, склонны искать медицинскую помощь среди них. Данная гипотеза не подтвердилась. Наличие более интегрированных друзей или родственников, позволяет использовать их как посредников и помощников в получении медицинской помощи и даже какое-то время избегать обращения к врачу, но при ухудшении состояния мигрант

будет вынужден обратиться в медицинское учреждение и взаимодействовать с местным населением.

Третья гипотеза состояла в том, что мигранты склонны давать положительную оценку своему состоянию здоровья. Данная гипотеза подтвердилась как в ходе интервью, так и во время опроса. Как уже отмечалось, это связано с «эффектом здорового мигранта».

Четвёртая гипотеза заключалась в том, что в случае болезни мигранты предпочитают самолечение. Несмотря на то, что среди мигрантов есть те, кто посещает врачей при малейшем недомогании, активно использует полис ДМС и т.д., ряд барьеров препятствует обращению мигрантов в медицинские учреждения. Среди барьеров можно назвать: языковой барьер, дискриминация со стороны медицинских работников, отсутствие времени на посещение врача, нехватка денежных средств для оплаты услуг врача, что связано с низким социально-экономическим статусом и условиями труда. Поэтому данная гипотеза также подтвердилась.

Пятая гипотеза была сформулирована следующим образом: при обращении в медицинские учреждения мигранты сталкиваются с дискриминацией со стороны медицинского персонала. Наличие предвзятого, негативного отношения к мигрантам было отмечено несколькими информантами. Кроме того, в ходе опроса респонденты, которые обнаружили трудности с получением медицинских услуг, в качестве наиболее распространённой проблемы отметили негативное отношение со стороны медицинского персонала. Поэтому можно говорить о том, что данная гипотеза подтвердилась.

Результаты проведенного исследования позволяют выделить несколько направлений, по которым можно дать рекомендации:

- проведение информационно-разъяснительной деятельности по повышению осведомлённости мигрантов о медицинской помощи и профилактике заболеваний;

- развитие антидискриминационной политики в российских медицинских учреждениях, содействие преодолению культурной, религиозной и лингвистической дискриминации в отношении мигрантов;
- усиление механизмов социальной поддержки мигрантов;
- содействие международному сотрудничеству в отношении здоровья мигрантов со странами-донорами.

В завершение, отметим, что исследование было проведено среди законопослушной, легально пребывающей в стране и относительно благополучной части трудовых мигрантов. Несмотря на то, что часть выводов исследования актуальна и для недокументированных мигрантов, эта группа имеет больше рисков, гораздо более изолирована, а потому нуждается в отдельных исследованиях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное исследование посвящено изучению социальных практик доступа мигрантов из стран Средней Азии к медицинской помощи как части социальной инклюзии и интеграции.

В первой главе были изучены статистические данные по миграции и здоровью, рассмотрены теоретико-методологические аспекты интеграции, социальной инклюзии и доступа к медицинской помощи, рассмотрены существующие исследования.

Интеграцию можно определить как совокупность взаимодействий между мигрантами и принимающим обществом, которая предполагает вовлечение мигрантов в различные аспекты жизни принимающего общества, не требующее при этом их отказа от связей со страной происхождения, но предполагающее изучение языка принимающей страны и понимание культурных норм со стороны мигрантов, и участие в развитии социальных связей с мигрантами со стороны принимающего общества, трансформацию структур принимающего общества в сторону инклюзивности.

Перспективы трудовой миграции в Россию связаны с притоком населения из стран Средней Азии. Отсутствие единой базы данных, которая бы содержала сведения об обследованных мигрантах, препятствует контролю за состоянием здоровья данной группы.

Вторая глава посвящена рассмотрению правового положения мигрантов в России и анализу взаимосвязи между доступом мигрантов к медицинской помощи и их интегрированностью.

Относительно правового положения мигрантов можно заключить, что изменения в законодательстве, произошедшие в 2015 году, разделили мигрантов на две группы: иностранных граждан из стран СНГ и на иностранных граждан государств-членов ЕАЭС. Эти группы мигрантов различаются по правилам пребывания, правилам осуществления трудовой деятельности, получения медицинской помощи и положения членов их семей. Мигранты из стран ЕАЭС

находятся в более выгодном положении, так как им не требуется тратить время и деньги на оформление патента, сдавать экзамен по русскому языку и т.д.

Говоря о структурном измерении интеграции, можно сделать вывод о том, что мигранты сталкиваются с несколькими основными трудностями: это проблемы с правоохранительными органами, оформление документов и неблагоприятные условия труда. Важное обстоятельство, связанное со структурным измерением интеграции – ограниченный доступ к рынку труда. Вне зависимости от полученного образования мигранты заняты на низкоквалифицированной работе, имеют довольно продолжительный рабочий день и трудятся в сложных условиях. Также ограничен их доступ к социальным гарантиям. Все эти сложности воспринимаются мигрантами как предсказуемые и ожидаемые.

Относительно социального измерения интеграции можно заключить, что мигранты с разной степенью активности используют социальные связи в России для включения в принимающее сообщество. Каналом включения для них в основном выступают друзья и родственники, имеющие миграционный опыт. Они же оказывают в дальнейшем помощь и поддержку: как материальную, так и информационную. С увеличением длительности пребывания в России, как правило, увеличивается и количество социальных связей мигрантов, в число которых могут входить и местные жители. Кроме того, значимыми для мигрантов являются различные транснациональные практики такие, как общение с родственниками на родине, денежные переводы на родину, регулярные поездки в страну исхода.

Что касается культурного измерения, то важной проблемой для мигрантов является изучение русского языка, так как это не только даёт возможность взаимодействовать с различными представителями принимающего общества (от полицейских до обычных граждан), но и позволяет снизить различные риски, как, например, стать жертвой противоправных действий.

В данной работе, с опорой на модель доступа к медицинским услугам Р.Андерсена, проанализированы способы получения мигрантами медицинской помощи, а также влияющие на выбор этих способов факторы.

Основные стратегии, используемые мигрантами в случае болезни, это самолечение, обращение за экстренной медицинской помощью, обращение за плановой медицинской помощью (платно или по ДМС), обращение к неформальным помощникам, отсрочка лечения до возвращения домой.

Наиболее значимыми факторами для получения медицинской помощи являются следующие: знание русского языка, которое позволяет найти информацию и успешно взаимодействовать с медицинским персоналом; фактор этнической принадлежности, т.к. зачастую мигранты воспринимаются как «чужие» и сталкиваются с дискриминацией и негативным отношением медицинского персонала; социально-экономические условия жизни и труда, которые оказывают влияние здоровье и, соответственно, на необходимость обращаться в медицинские учреждения; наличие социального капитала в виде друзей и родственников в России, которые способны оказать помощь в доступе к медицинским услугам (финансовую, информационную, посредническую – например, выступить в качестве переводчика у врача); наличие финансовой возможности и времени для обращения к врачу.

В ходе исследования был сформулирован ряд гипотез, касающихся взаимосвязи интеграции мигрантов в принимающее общества и доступа к медицинским услугам, стратегий и барьеров в получении медицинской помощи, которые в итоге подтвердились. Можно говорить о том, что развитие и усиление процесса интеграции мигрантов будет способствовать получению ими больших возможностей в области здравоохранения. Развитие системы медицинского обслуживания и проведение инклюзивной политики важно для обеспечения достойных условий жизни и равного с местным населением доступа к медицине для иностранных рабочих, активно участвующих в экономической жизни страны.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Книги и периодические печатные издания

1. Агаджанян В.С., Зотова Н.А. Миграция и риски ВИЧ-инфекции: женщины - выходцы из Средней Азии в Российской Федерации // Демографическое обозрение. - 2014. - №2. - С.85-109.
2. Андрейцо С. Ю. Актуальные проблемы реализации миграционной политики в Санкт-Петербурге // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2018. – № 1 (77). – С. 47-50.
3. Антонова В. К. Концепты социальной инклюзии и эксклюзии в глобальном обществе: дрейф по социальным институтам, акторам и практикам // Журнал исследований социальной политики. – 2013. – Т. 11. №. 2. – С. 151-170.
4. Беляков Н. А. и др. Изучение распространенности ВИЧ-инфекции среди иностранных мигрантов в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2014. – Т. 6. – №. 4. – С. 7-16.
5. Берсенева Е. А. и др. Заболеваемость трудовых мигрантов (обзор) //Актуальные вопросы медицины в современных условиях. – 2018. – С. 32-36.
6. Валиева А. З. Медицинские аспекты внешней миграции на примере Республики Татарстан // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Т. 94, №. 3. – С. 373-376.
7. Волокитина М.В. Анализ целей въезда мигрантов иностранных граждан в сверхкрупные города России (на примере Москвы и Санкт-Петербурга) // Мониторинг правоприменения. - 2012. - №3. – С. 29-32.
8. Вялых Н.А. Механизмы социальной дифференциации в сфере доступа к услугам здравоохранения : дис.... канд. соц. наук: 22.00.04 / Вялых Никита Андреевич; [Место защиты: Южный федеральный университет]. - Ростов-на-Дону, 2012. - 188 с.
9. Вялых Н.А. Социологическая диагностика доступности медицинской помощи в современной России // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. - 2015. - №1 (29). - С.40-50.

10. Гальперин А. М. Анализ показателей репродуктивного здоровья у женщин-мигранток из стран СНГ / А. М. Гальперин, И. В. Борзунов // Уральский медицинский журнал. - Екатеринбург, 2013. - № 9 (114). - С. 106-109.
11. Гальперин А.М., Ножкина Н.В., Борзунов И.В. Медицинское освидетельствование трудовых мигрантов в центральной городской больнице. // Уральский Медицинский Журнал. – 2012. - №6. – С. 109-111.
12. Деминцева Е. Б. Медицинская помощь мигрантам из Средней Азии в Москве в условиях социальной исключенности / Е. Б. Деминцева, Д. С. Кашницкий // Вестник Российской нации. - 2015. - Т. 4, № 4-4 (42). - С. 214-226.
13. Еругина М. В. и др. Доступность медицинской помощи как облигатный социальный предиктор здоровья населения в России // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2016. – Т. 12. – №. 2. – С.101-105.
14. Женщины-мигранты из стран СНГ в России / Е.В. Тюрюканова (ред.), Ж.А. Зайончковская, Л.Б. Карачурина, Н.В. Мкртчян, Д.В. Полетаев, Ю.Ф. Флоринская / под ред. Е.В.Тюрюкановой – М.: МАКС Пресс, 2011. – 119 с.
15. Жестянников С. Г., Екимов И. В., Хазов Е. Н. Основные проблемы трудовой миграции и пути их решения в российских регионах // Международный журнал конституционного и государственного права. – 2017. – Т. 1. – №. 1. – С. 79-84.
16. Забелевская Ю.А., Черногорский С.А., Швецов К.В. Анализ международных миграционных процессов в Санкт-Петербурге // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Экономические науки. - 2012. - №6 (161). – С. 249-253.
17. Иванова Л. Ю. Социальные риски для здоровья трудовых мигрантов // Вестник Института социологии. - 2013. - № 6. - С. 130-145.
18. Иванова Н., Варшавер Е. Особенности правового положения трудовых мигрантов из ЕАЭС и прочих стран СНГ в России: сравнительный анализ (начало) // Миграционное право. - 2018. - №3. - С. 3-8.

19. Иванова Н., Варшавер Е. Особенности правового положения трудовых мигрантов из ЕАЭС и прочих стран СНГ в России: сравнительный анализ (окончание) // Миграционное право- 2018. - №4. - С. 9-16.
20. Ивахненко Г. А. Здоровье трудовых мигрантов в России // Социология медицины. - 2013. - №2. - С.48-51.
21. Ионцев В. А. Интеграция мигрантов - эффективный путь устранения неравенства и ксенофобии в принимающем обществе // Вопросы управления. - 2014. - №1 (7). - С.127-132.
22. Кислицына О. А. Миграция и здоровье: монография / О. А. Кислицына; Институт соц.-экон. проблем народонаселения Российской академии наук. - М.: МАКС Пресс, 2013. - 132 с.
23. Кислицына О.А. Моделирование различий в состоянии здоровья мигрантов и россиян // Народонаселение. - 2013. - №3. - С. 68-81.
24. Ковалевский С. М., Бубнов Г. О. Некоторые правовые вопросы реализации механизмов социального страхования отдельных категорий граждан // От социальных прав к социальному праву (VII Пашковские чтения). – 2017. – С. 76-91.
25. Костенко В. В. Теории миграции: от ассимиляции к транснационализму // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2014. – Т. 17. – №. 3. – С. 62-76.
26. Кропачев С. М. Прикладные исследования социально-политической интеграции мигрантов: параметры и индикаторы // Вестник СПбГУ. Сер. 6. Политология. Международные отношения. - 2016. - Вып. 2. - С. 55-62.
27. Кузнецова И.Б., Мухарямова Л.М. Трудовые мигранты в системе медицинских услуг: формальные и неформальные стратегии // Журнал исследований социальной политики. - 2014. - №1. - С.7-20.
28. Легостаева В. И., Кудрина К. О. Современная миграционная ситуация в Санкт-Петербурге // Экономика и управление в XXI веке: тенденции развития. – 2016. - №32. – С. 135-141.

29. Малахов В.С. Интеграция мигрантов: Концепции и практики. - Москва: Фонд «Либеральная Миссия». - 2015. – 272 с.

30. Малахов В. Феномен «новых иммиграционных стран»: российский случай в общеевропейском контексте // Трудовая миграция и политика интеграции мигрантов в Германии и России: Коллективная монография / Редактор и составитель М. С. Розанова. Перевод с английского языка М. С. Розановой и А. Б. Лесохина. — СПб.: Центр гражданских, социальных, научных и культурных инициатив «Стратегия»; Скифия-принт, 2016. - С. 19-31.

31. Мигранты в социокультурном пространстве региона. Социологические очерки / Под ред. чл.-корр. РАН М.К. Горшкова. - М.: Альфа-М, 2009. - 176 с.

32. Миронова Е. В. Теоретический подход к определению понятий здоровья и здорового образа жизни // Известия ПГУ им. В.Г. Белинского. - 2006. - №1 (5). – С. 128-133.

33. Мукомель В. И. Адаптация и интеграция мигрантов: методологические подходы к оценке результативности и роль принимающего общества //Россия реформирующаяся. – 2016. – №. 14. – С. 411-467.

34. Мукомель В.И. Интеграция мигрантов: вызовы, политика, социальные практики // Мир России. Социология. Этнология. - 2011. - №1. - С.34-50.

35. Мукомель В. И. Мигранты на российском рынке труда: занятость, мобильность, интенсивность и оплата труда // Статистика и экономика. - 2017. - Т. 14, №. 6. - С.69-79.

36. Мукомель В. Трудовые мигранты в контексте проблем демографического, экономического и социального развития России // Трудовая миграция и политика интеграции мигрантов в Германии и России: Коллективная монография / Редактор и составитель М. С. Розанова. Перевод с английского языка М. С. Розановой и А. Б. Лесохина. — СПб.: Центр гражданских, социальных, научных и культурных инициатив «Стратегия»; Скифия-принт, 2016. - С. 33-42.

37. Мухарямова Л.М., Кузнецова И.Б., Вафина Г.Г. Больной, пациент, клиент: позиции трудового мигранта в российской системе здравоохранения (на

примере республики Татарстан) // Вестник современной клинической медицины. - 2014. - №1. - С.43-49.

38. Нечаева О. Б. Миграция населения и ее влияние на эпидемическую ситуацию по инфекционным социально-значимым заболеваниям // Медицинский алфавит. – 2016. – Т. 2. №. 18. – С. 13-21.

39. Паламарчук К.О. Основные направления социальной поддержки мигрантов в Санкт-Петербурге // Научные труды СЗИУ РАНХиГС. – 2015. - Том 6. № 2 (19). – С. 198-210.

40. Петрова Л. Е. Мигранты о здравоохранении: доступность и качество медицинской помощи по результатам интервью в разных этнических группах // Международная междисциплинарная конференция «Идентичность и миграция в меняющемся мире: методология, опыт эмпирического исследования», г. Екатеринбург, 10-11 апреля 2015 г. - Екатеринбург: УрФУ, 2015. - С. 261-274.

41. Полетаев Д.В., Флоринская Ю.Ф. Осведомленность мигрантов о туберкулезе и ВИЧ-инфекции. - Москва. - 2015. - 40 с.

42. Проблема незаконной миграции в России: реалии и поиск решений (по итогам социологического исследования) / Международная организация по миграции (МОМ), Бюро МОМ в России. - М.: Гендальф; 2004. - 520 с.

43. Профилактика ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения: Научно-методическое пособие/ О.И. Колпакова, В.А. Одинокова, А.И. Любимова и др. – Иновроцлав: Изд-во «ЛЕГРО Спудка», 2015. – 93 с.

44. Ромодановский К. О., Мукомель В.И. Регулирование миграционных процессов: проблемы перехода от реактивной к системной политике // Общественные науки и современность. – 2015. – №. 5. – С. 5-18.

45. Рочева А.Л. «Понаехали тут» в роддомах России: исследование режима стратифицированного воспроизводства на примере киргизских мигрантов в Москве // Журнал исследований социальной политики. - 2014. - №3. – С. 367-380.

46. Русинова Н. Л. Доступ к услугам здравоохранения: методологические подходы и методы измерения / Н. Л. Русинова, Л. В. Панова // Журнал социологии и социальной антропологии. - 2002. - Т. 5, № 4. - С. 147-163.

47. Рязанцев С.В., Акрамов Ш.Ю. Влияние трудовой миграции на здоровье мигрантов в России и их супругов в Таджикистане // Вестник Таджикского государственного университета права, бизнеса и политики. Серия гуманитарных наук. – 2014. – №. 5 (61). – С.189-197.

48. Савельева Ж. В. Здоровье и болезнь в контексте социологической теории: специфика интерпретаций // Вестник Казанского технологического университета. – 2012. – Т. 15, №. 22. – С.202-206.

49. Смирнова О. А., Жерновая О. Р., Подгусков В. Н. Миграционная ситуация в России, эволюция и тенденции в долгосрочной перспективе // Власть. – 2016. – №12. – С. 114-121.

50. Струин Н.Л. Региональные проблемы эпидемиологии социально значимых инфекций в связи с миграцией иностранной рабочей силы в Россию / Струин Н.Л., Перминова С.А., Арефьева Э.В., Струина Н.Н. // Здоровье населения и среда обитания. – 2009. – №. 7. – С. 39-45.

51. Струин Н. Л., Шубина А. С. Социальные инфекции у мигрантов, факторы, способствующие заболеваемости: обзор литературы // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – №. 11-5. – С. 676-679.

52. Софронов А.Г., Добровольская А.Е., Пашковский В.Э., Чашин В.П., Чашин М.В., Зуева Л.П., Асланов Б.И., Гончаров А.Е. Распространенность социально-значимых инфекционных заболеваний у трудовых мигрантов в Санкт-Петербурге // Медицинский академический журнал. - 2014. – Т. 14, № 4. – С. 79-83.

53. Титова Т.А. Социальная защита и здоровье женщин-мигрантов в Татарстане // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. - 2015. - №7(57). Часть 2. - С.173-176.

54. Фадеев П.В. Этнические группы Санкт-Петербурга в представлении СМИ // Мир России. – 2017. - Т. 26. № 1. - С.103-126
55. Флоринская Ю. Ф., Мкртчян Н. В., Малева Т. М., Кириллова М. К. Миграция и рынок труда / Ин-т социального анализа и прогнозирования. — М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2015. — 108 с.
56. Хамидулин В. С. Теоретические подходы к исследованию проблем инкорпорации иммигрантов в принимающее общество // Гуманитарные исследования в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке. – 2016. – №. 1 (35). – С.49-60.
57. Ходжиев М. Результаты оценки физиологической адаптации и риски нарушений здоровья у трудовых мигрантов из Таджикистана / М. Ходжиев, Н. Ф. Измеров, И. В. Бухтияров // Анализ риска здоровью. - 2017. - № 3. - С. 48-59.
58. Шпаковская Л. Л. Социальное исключение и стратегии его преодоления на пересечении этничности, класса и гендера //Журнал исследований социальной политики. – 2013. – Т. 11. №. 2. – С. 235-250.
59. Штейнберг И., Шанин Т., Ковалёв Е., Левинсон А. Качественные методы. Полевые социологические исследования. / Под ред. И. Штейнберга. - СПб.: Алетейя, 2009. - 356 с.
60. Якимова О. А. Концепции интеграции мигрантов в контексте современного развития России // Известия Уральского государственного университета. Сер. 3, Общественные науки. — 2011. — №2 (91). — С. 49-56.
61. Яковлев А.А. Инфекционная заболеваемость мигрантов и туристов в Санкт-Петербурге / А.А. Яковлев. [и др.] // Журнал инфектологии. – 2011. – Т. 3, № 4. – С. 49–55.
62. Amirkhanian Y. A., Kuznetsova A. V., Kelly J. A. et al. Male labor migrants in Russia: HIV risk behavior levels, contextual factors, and prevention needs // Journal of immigrant and minority health. – 2011. – Vol. 13. – №. 5. – P. 919-928.
63. Andersen R.M. Behavioral Model of Families: Use of Health Services // Research Series. № 25. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 1968. – 111 p.

64. Andersen R., Newman J.F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States // *Milbank Memorial Fund Quarterly*. - 1973. - Vol. 51. № 1. - Pp. 95-124.
65. Andersen R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? // *Journal of health and social behavior*. – 1995. – Vol. 36, №1. - Pp. 1-10.
66. Breton R. Institutional completeness of ethnic communities and the personal relations of immigrants // *American Journal of Sociology*. – 1964. – Vol. 70, №2. - Pp. 193-205.
67. Cuadra C. B. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. // *The European Journal of Public Health*. - 2012. - №22 (2). – P. 267–271.
68. Cuellar I., Bastida E., Braccio S. M. Residency in the United States, subjective well-being, and depression in an older Mexican-origin sample // *Journal of aging and health*. – 2004. – Vol. 16, №4. – Pp. 447-466.
69. Demintseva E., Kashnitsky D. Contextualizing Migrants' Strategies of Seeking Medical Care in Russia // *International Migration*. - 2016. - №54(5). – P. 29-42.
70. Esser H. Integration and Ethnic Stratification // *Freudenberg Stiftung, Towards Emerging Ethnic Classes in Europe*. – 2000. – Vol. 1. – Pp. 49-84.
71. Fuentes-Afflick E., Hessol N. A., Pérez-Stable E. J. Testing the epidemiologic paradox of low birth weight in Latinos // *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. – 1999. – Vol. 153 (2). – Pp. 147-153.
72. Gibson G. Explanatory models and strategies for social change in health care behavior // *Social Science & Medicine* (1967). – 1972. – Vol. 6, №5. – Pp. 635-639.
73. Im E. O., Yang K. Theories on immigrant women's health // *Health care for women international*. – 2006. – Vol. 27 (8). – Pp. 666-681.
74. Nielsen S., Krasnik A. Poorer Self-Perceived Health Among Migrants and Ethnic Minorities Versus the Majority Population in Europe: a Systematic Review // *International Journal of Public Health*. - 2010. - №55(5). - P. 357-371.

75. O'Donnell C., Burns N., Dowrick C., Lionis C., MacFarlane A. Health-care access for migrants in Europe // *Lancet*. – 2013. – Vol. 382. №. 9890. – P. 393.
76. Oxoby R. Understanding social inclusion, social cohesion, and social capital // *International Journal of Social Economics*. – 2009. – Vol.36, №12. - Pp. 1133–1152.
77. Park R. E., Burgess E. W. Introduction to The Science of Sociology. - The University of Chicago Press, Chicago, Illinois. - 1921. - 1059 p.
78. Parsons T. The Social System. - New York: Free Press, 1951. - 376 p.
79. Portes A., Rumbaut R. G. Legacies: The story of the immigrant second generation. - Berkeley: University of California Press; Russell Sage Foundation. – 2001. – 430 p.
80. Portes A., Zhou M. The New Second Generation: Segmented Assimilation and Its Variants // *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. – 1993. - Vol. 530 (1). – Pp. 74-96.
81. Rosenberg T. J., Raggio T. P., Chiasson M. A. A further examination of the «epidemiologic paradox»: birth outcomes among Latinas // *Journal of the National Medical Association*. – 2005. – Vol. 97, №4. – Pp. 550-556.
82. Rosenstock I. M. Historical origins of the health belief model // *Health education monographs*. - 1974. - Vol. 2, №4. - Pp. 328-335.
83. Rubalcava L. N., Teruel G. M., Thomas D., Goldman N. The healthy migrant effect: new findings from the Mexican Family Life Survey // *American journal of public health*. – 2008. – Vol.98. №1. – Pp. 78-84.
84. Schunck R. Transnational activities and immigrant integration in Germany. - Springer, Cham. - 2014. – 301 p.
85. Sergeev B., Kazanets I., Ivanova L., Zhuravleva I., Isaeva N., Vasankari T., Nybergs A., Vauhkonnen M. Labour migrants in St Petersburg: disease awareness, behavioral risks and counseling by health professionals in building up prevention against TB, HIV and associated infections. // *Journal of Public Health*. – 2015. – Vol. 23. № 4. - P. 213-221.

86. Stoeckle J. D., Zola I. K., Davidson G. E. On going to see the doctor, the contributions of the patient to the decision to seek medical aid: A selective review // Journal of chronic diseases. – 1963. – Vol.16, №9. – Pp. 975-989.

87. Suchman E. A. Social patterns of illness and medical care // Journal of Health and Human Behavior. – 1965. – Vol.6, №1. – Pp. 2-16.

88. Urquia M. L. et al. International migration and adverse birth outcomes: role of ethnicity, region of origin and destination // Journal of Epidemiology & Community Health. – 2010. – Vol. 64, №3. – Pp. 243-251.

89. Urquia M. L., Gagnon A. J. Glossary: migration and health // Journal of Epidemiology & Community Health. – 2011. – Vol. 65, №5. - Pp. 467-472.

90. Van Tubergen F. Immigrant integration: a cross-national study. – New York: LFB Scholarly Publishing LLC. – 2006. – 260 p.

91. Weine S., Bahromov M., Mirzoev A. Unprotected Tajik male migrant workers in Moscow at risk for HIV/AIDS // Journal of Immigrant & Minority Health. - 2008. - №10(5). - P. 461-468.

92. Weinik R., Zuvekas S., Cohen J. Racial and ethnic discrimination health services, 1977 to 1996 // Medical Care Research Review. – 2005. - №57(1). - P.36-54.

93. Zabrocki C., Polutnik, C., Jonbekov, J., Shoakova, F., Bahromov, M., Weine, S. Condom use and intimacy among Tajik male migrants and their regular female partners in Moscow // Culture, health & sexuality. – 2015. – Vol. 17. – №. 1. – P. 17-33.

Источники на электронных носителях

94. Вишневский А.Г., Зайончковская Ж.А., Денисенко М.Б., Мкртчян Н.В. Демографические вызовы России. Часть третья - миграция [Электронный ресурс] // Демоскоп Weekly. - 2017. - №753-754. Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2017/0753/tema01.php>. (Дата обращения: 18.05.2018)

95. Деминцева Е. Б. Мигранты в России. Подходы к интеграции. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://polit.ru/article/2017/03/03/migrnats/>. (Дата обращения: 05.12.2017).

96. Журавлева И.В., Иванова Л.Ю. Мигранты: социально-экономические условия жизни, влияющие на здоровье и обращаемость в российские медицинские учреждения (результаты опроса в Санкт-Петербурге) [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. - 2015. - №3 (43). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/686/30/>. (Дата обращения: 01.12.2017)

97. Иванова Л.Ю. Информированность трудовых мигрантов из разных регионов об опасных инфекционных заболеваниях: ВИЧ, ИППП, туберкулез, гепатит (на материалах опроса иностранных работников в Санкт-Петербурге) [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. - 2015. - №4. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/702/30/>. (Дата обращения: 01.12.2017)

98. Ионцев В., Ивахнюк И. Модели интеграции мигрантов в современной России. [Электронный ресурс] // CARIM-East RR. – 2013. – Т. 12. Режим доступа: http://www.carim-east.eu/media/CARIM-East-RR-2013-12_RU.pdf. (Дата обращения: 01.12.2017)

99. Итоги деятельности ФМС России в 2014 году: сборник Материалов расширенного заседания коллегии Федеральной миграционной службы [Электронный ресурс] / Под общ. ред. руководителя ФМС России К.О. Ромодановского. – М.: ФМС России, 2015. Режим доступа: http://fms.gov.ru/upload/itogi_kollegii_2014.pdf. (Дата обращения: 15.05.2018)

100. Итоговый доклад о миграционной ситуации, результатах и основных направлениях деятельности Федеральной миграционной службы за 2015 год [Электронный ресурс] // Режим доступа: https://xn--b1ab2a0a.xn--b1aew.xn--p1ai/upload/site1/document_file/Itogovyy_doklad_na_19.02.16.pdf. (Дата обращения: 15.05.2018)

101. Кашницкий И. Long-Distance Migration and Mortality in Sweden: Testing the Salmon Bias and Healthy Migrant Hypotheses [Электронный ресурс] // Демографический дайджест. Демоскоп Weekly. 2016. Режим доступа:

<http://www.demoscope.ru/weekly/2016/0707/digest01.php>. (Дата обращения: 01.12.2018)

102. По данным статс-секретаря – первого заместителя руководителя ФМС России Екатерины Егоровой [Электронный ресурс] // Официальный сайт ФМС России. Режим доступа: http://www.fms.gov.ru/press/news/news_detail.php?ID=54108. (Дата обращения: 27.12.2014).

103. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 4.06.2014 №452 «О государственной программе Санкт-Петербурга «Создание условий для обеспечения общественного согласия в Санкт-Петербурге» на 2015-2020 годы» (с изменениями на 31 января 2017 года). [Электронный ресурс] // Администрация Санкт-Петербурга. Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/822403529> (Дата обращения: 17.10.2018)

104. Светличная Т. Г., Цыганова О. А., Борчанинова Е. Л. Медико-социологический подход к анализу потребления медицинских услуг: основные положения [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 20, № 4. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/mediko-sotsiologicheskij-podhod-k-analizu-potrebleniya-meditsinskih-uslug-osnovnye-polozeniya>. (Дата обращения: 01.11.2018)

105. Сводка основных показателей деятельности по миграционной ситуации в Российской Федерации за 2016 год [Электронный ресурс] // МВД России. Режим доступа: <https://xn--b1aew.xn--p1ai/Deljatelnost/statistics/migracionnaya/item/9266550>. (Дата обращения: 05.12.2017).

106. Сводка основных показателей деятельности по миграционной ситуации в Российской Федерации за январь-декабрь 2017 года [Электронный ресурс] // МВД России. Режим доступа: <https://xn--b1aew.xn--p1ai/Deljatelnost/statistics/migracionnaya/item/12162186/>. (Дата обращения: 05.05.2018).

107. Статистические сведения по миграционной ситуации в Российской Федерации за 12 месяцев 2016 года с распределением по регионам [Электронный ресурс] // МВД России. Режим доступа: https://xn--b1aew.xn--plai/upload/site1/document_news/009/359/228/stat_2016.pdf. (Дата обращения: 05.05.2018).

108. Численность и миграция населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 2013 году. Статистический бюллетень. [Электронный ресурс] // ПЕТРОСТАТ. Режим доступа: http://petrostat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/petrostat/resources/c06b81004599d3a2b362fbe7d6b68498/%D0%A7%D0%B8%D1%81%D0%BB+%D0%B8+%D0%BC%D0%B8%D0%B3%D1%80+%D0%BD%D0%B0%D1%81+%D0%A1%D0%9F%D0%B1+%D0%B8+%D0%9B%D0%9E+2013.pdf. (Дата обращения: 20.05.2018).

109. Численность и миграция населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 2014 году. Статистический бюллетень. [Электронный ресурс] // ПЕТРОСТАТ. Режим доступа: http://petrostat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/petrostat/resources/e0b9b08049f9a26abe4dfef2e93b570e/%D0%A7%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C+%D0%B8+%D0%BC%D0%B8%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F+%D0%BD%D0%B0%D1%81+%D0%A1%D0%9F%D0%B1+%D0%B8+%D0%9B%D0%9E+%D0%B2+2014.pdf. (Дата обращения: 20.05.2018).

110. Численность и миграция населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 2016 году. Статистический бюллетень. [Электронный ресурс] // ПЕТРОСТАТ. Режим доступа: http://petrostat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/petrostat/resources/db999d0042bd5fdaa012f96ab3b46521/%D0%A7%D0%B8%D1%81%D0%BB+%D0%B8+%D0%BC%D0%B8%D0%B3%D1%80+%D0%BD%D0%B0%D1%81+%D0%A1%D0%9F%D0%B1+%D0%B8+%D0%9B%D0%9E+2016.pdf. (Дата обращения: 20.05.2018).

111. Cook L.J. Health Care in Migrant Moscow [Electronic resource]. // Russian analytical digest. – 2014. - №159. – P. 9-14. Режим доступа: <http://www.css.ethz.ch/content/dam/ethz/special-interest/gess/cis/center-for-securities-studies/pdfs/RAD-159-9-14.pdf>. (Дата обращения: 01.05.2018)
112. Cook L.J. Tajik Labor Migrants to Russia: Their Access to Health and Welfare Services [Electronic resource]. // Режим доступа: http://russianmodernisation.fi/material/living-with-risk/Further%20readings_Cook2.pdf. (Дата обращения: 01.12.2017)
113. De Vito E., de Waure C., Specchia M.L., Ricciardi W. Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения: обзор фактических данных о состоянии здоровья недокументированных мигрантов в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (Обобщающий доклад Сети фактических данных в отношении здоровья №42). [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/292928/WHO-HEN-42-Report-A5-3-Undocumented-ru.pdf. (Дата обращения: 01.12.2017)
114. Dixon-Woods M., Cavers D., Agarwal S. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups [Electronic resource] // BMC Medical Research Methodology. 2006. Режим доступа: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/6/35/> (Дата обращения: 01.12.2018)
115. Esser H. Assimilation, Ethnic Stratification, or Selective Acculturation? Recent Theories of the Integration of Immigrants and the Model of Intergenerational Integration [Electronic resource] // Sociologica. – 2010. – Vol. 4, №1. Режим доступа: <https://www.rivisteweb.it/download/article/10.2383/32055>. (Дата обращения: 01.11.2018)
116. Esser H. Inklusion, Integration und ethnische Schichtung [Electronic resource] // Journal für Konflikt und Gewaltforschung. – 1999. – Vol. 1(1). – Pp. 5-34. Режим доступа: <http://www.uni-bielefeld.de/ikg/jkg/1-1999/esser.pdf>. (Дата обращения: 01.11.2018)
117. Gidley J., Hampson G., Wheeler L., Bereded-Samuel E. Social inclusion: context, theory and practice [Electronic resource] // The Australasian Journal of

University - Community Engagement. – 2010. – Vol. 5, №1. Режим доступа: <https://core.ac.uk/download/pdf/15613615.pdf>. (Дата обращения: 01.11.2018)

118. Guagliardo M. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges [Electronic resource] // International Journal of Health Geographics. - 2004. - № 3 (3). Режим доступа: <http://www.ij-healthgeographics.com/content/3/1/3> (Дата обращения: 01.12.2018).

119. International Migration Law №25 - Glossary on Migration [Electronic resource] // Режим доступа: <http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/01/iom.pdf>. (Дата обращения: 01.10.2018)

120. International Migration Report 2017 [Electronic resource] // Режим доступа: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migration-report/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf (Дата обращения: 10.05.2018)

121. Hannigan A., O'Donnell P., O'Keeffe M., MacFarlane A. How do variations in definitions of «migrant» and their application influence the access of migrants to health care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 46). [Electronic resource]. // Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/317110/HEN-synthesis-report-46.pdf?ua=1. (Дата обращения: 01.12.2017)

122. Silver H. Social exclusion and social solidarity: Three paradigms [Electronic resource] // International Labour Review. – 1994. - 133(5/6). - Pp. 531–578. Режим доступа: https://student.cc.uoc.gr/uploadFiles/181-%CE%9A%CE%91%CE%A0%CE%9A206/Silver_H,%20Exclusion-paradigms.pdf. (Дата обращения: 01.11.2018)

123. Simon J., Kiss N., Łaszewska A., Mayer S. Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения: обзор фактических данных о состоянии здоровья трудовых мигрантов в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (Обобщающий доклад Сети фактических данных в отношении здоровья №43). [Электронный ресурс] //

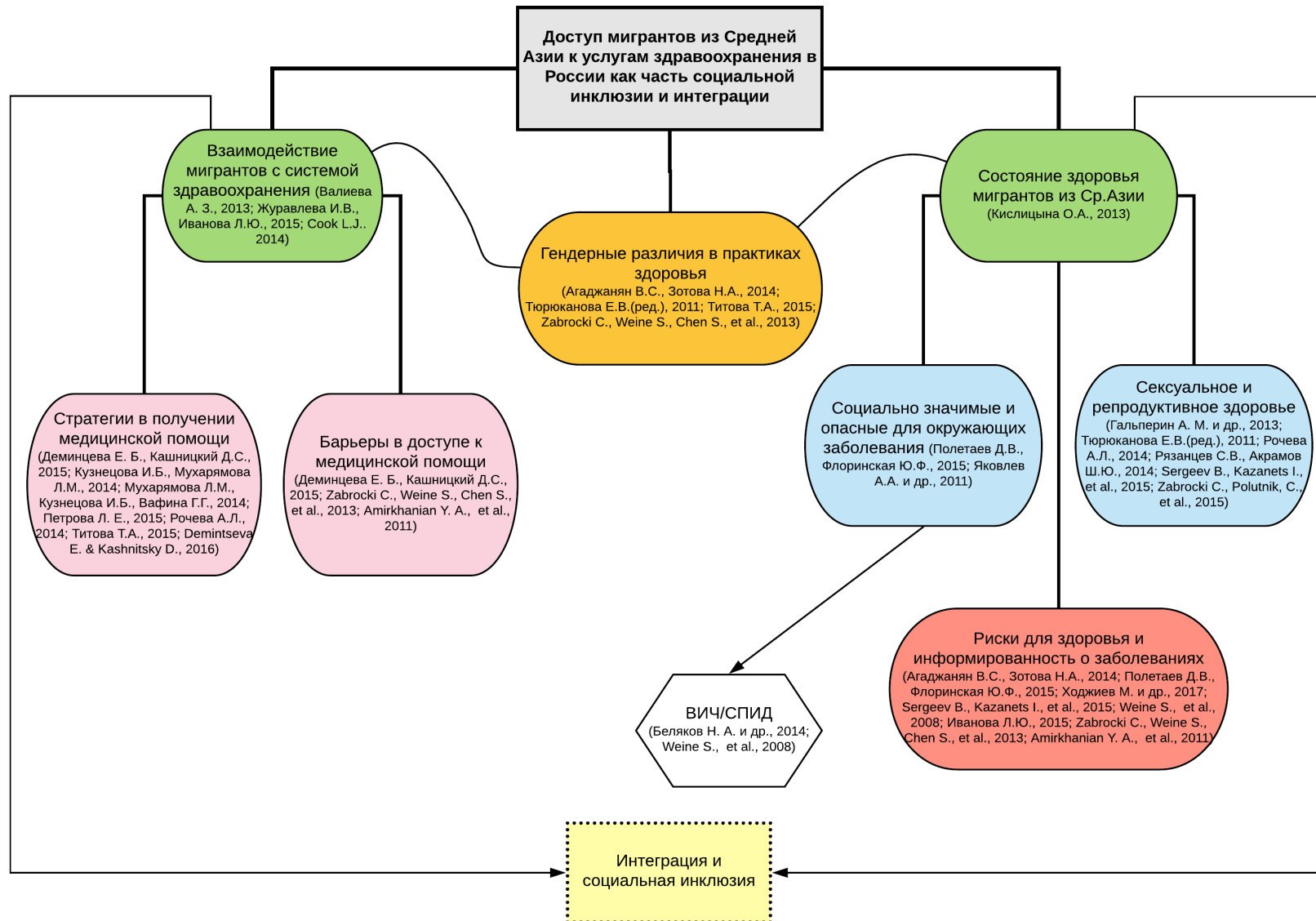
Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/292926/WHO-HEN-Report-A5-1-Labour_RU-rev1.pdf. (Дата обращения: 01.12.2017)

124. Yang P. Q., Hwang S. H. Explaining immigrant health service utilization: a theoretical framework. [Electronic resource] // SAGE Open. Режим доступа: <https://doi.org/10.1177/2158244016648137>. (Дата обращения: 01.10.2018)

125. Zabrocki C., Weine S., Chen S., et al. Socio-Structural Barriers, Protective Factors, and HIV Risk Among Central-Asian Female Migrants in Moscow [Electronic resource] // Central Asian journal of global health. – 2013. - №2(1). Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211074/> (Дата обращения: 01.05.2018)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Концептуальная карта. Обзор исследований.



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Список информантов при проведении исследования среди трудовых мигрантов из Средней Азии в Санкт-Петербурге

	Пол	Возраст	Образование	Работа	Страна исхода	Место проведения интервью
Информант 1	Мужчина	28 лет	Среднее	Плотник	Таджикистан	Строительный объект
Информант 2	Мужчина	51 год	Высшее	Стропальщик	Узбекистан	Строительный объект
Информант 3	Мужчина	25 лет	Среднее	Разнорабочий	Узбекистан	Строительный объект
Информант 4	Женщина	32 года	Среднее	Уборщица	Узбекистан	Общежитие
Информант 5	Мужчина	32 года	Среднее специальное	Уборщик	Узбекистан	Офис клининговой компании
Информант 6	Мужчина	27 лет	Среднее специальное	Уборщик	Таджикистан	Офис клининговой компании
Информант 7	Женщина	56 лет	-	Уборщица	Узбекистан	Офис клининговой компании
Информант 8	Мужчина	27 лет	Среднее специальное	Разнорабочий, сварщик	Узбекистан	Строительный объект
Информант 9	Мужчина	27 лет	Среднее специальное	Разнорабочий	Узбекистан	Строительный объект
Информант 10	Мужчина	25 лет	Среднее специальное	Каменщик	Узбекистан	Строительный объект
Информант 11	Мужчина	43 года	Среднее специальное	Каменщик	Таджикистан	Строительный объект
Информант 12	Мужчина	34 года	Среднее специальное	Подсобный рабочий	Узбекистан	Строительный объект
Информант 13	Мужчина	29 лет	Среднее	Звеньевой	Таджикистан	Строительный объект
Информант 14	Мужчина	44 года	Среднее специальное	Электрик	Узбекистан	Строительный объект
Информант 15	Женщина	49 лет	Среднее специальное	Уборщица	Кыргызстан	Кафе
Информант 16	Женщина	36 лет	Высшее	Уборщица	Кыргызстан	Кафе

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ГАЙД ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ С МИГРАНТАМИ

1) Информация о респонденте, социально-демографические характеристики.

- О себе: возраст, страна исхода, место жительства в стране исхода (город/село), образование, профессия.
- О семье: семейное положение, наличие детей.

2) Миграция в Россию

- Почему Вы решили уехать на заработки?
- Расскажите о Вашем первом прибытии в Россию. Когда Вы приехали? Почему Вы приехали работать именно в Россию/Санкт-Петербург? Кто повлиял на Ваше решение отправиться в Россию?
- Как происходил поиск работы? Сразу ли нашли? Как именно, помогал ли Вам кто-либо (знакомые или родственники подсказали, на родине предложили и т.д.)? С какими сложностями Вы столкнулись в первое время? (Примеры)
- Как вы получали патент на работу? Были ли сложности? Помогал кто-либо?

3) Трудовая деятельность в России.

- Кем Вы работаете? Это Ваше единственное место работы?
- У Вас заключён трудовой договор? Тип договора (срочный / бессрочный). Знакомы с условиями договора?
- Условия труда: график работы, перерыв на обед, отпуск/больничный.
- Сколько вы зарабатываете? Регулярно ли Вам платят?
- Отсылаете ли вы деньги на родину? Как часто? Структура расходов в России и на родине: какую часть отсылаете, какая нужна здесь, на что тратите здесь, на что идут деньги на родине.
- Какие отношения у Вас с коллегами по работе? Как часто вы общаетесь и при каких обстоятельствах (только по работе или вне работы)?
- Вас обманывали когда-нибудь Ваши работодатели? Каковы были Ваши действия?

4) Социальные связи.

- Если семья на родине, как Вы поддерживаете связи с семьёй? (Частота, средства связи, обсуждаете ли проблемы, которые возникают у Вас здесь)
- Если семья находится в России: Из кого состоит Ваша семья? Чем они занимаются (учатся, работают и т.д.)? Удовлетворены ли они в целом жизнью в России? С какими проблемами сталкиваются они? Нравится ли им тут? Если есть дети, хорошо ли они общаются со сверстниками?

- С кем общаетесь в России? (соотечественники/русские) Много ли у вас друзей в России? Сколько из них русских? Где познакомились с ними? (частота, обстоятельства общения) Помогаете друг другу в решении проблемных ситуаций? (Пример)

5) Взаимодействие с принимающим обществом (с местными жителями, с государственными и правоохранительными органами, социальными учреждениями).

- Считаете ли вы, что к Вам относятся как-то иначе из-за Вашей этнической принадлежности/национальности? Были ли какие-то неприятности с местным населением? (Примеры)

- Сталкивались ли Вы с противоправными действиями со стороны полиции? Часто проверяют документы? Были ли случаи, когда полиция помогла Вам? Вы бы обратились в полицию, при необходимости? (Примеры)

- Приходилось ли Вам обращаться в различные государственные службы и социальные учреждения? Какие (миграционная служба, служба занятости, школы, социальная помощь и т.д.)? Примеры.

- Знаете ли Вы про организации, которые оказывают помощь мигрантам? Обращались ли Вы туда?

- Были ли сложности с получением регистрации, медицинской справки и т.д.? Примеры. Был ли период, когда у Вас не было нужных документов?

6) Другие сферы жизнедеятельности.

- Расскажите о Ваших жилищных условиях. Тип жилья (квартира, дом, общежитие и т.д.)? Если снимаете, то с кем? Обсуждаете ли с сожителями проблемы, с которыми сталкиваетесь, помогаете друг другу? Удовлетворены ли Вы жилищными условиями? Были ли у Вас проблемы с поиском жилья? Отказывали ли Вам в съеме жилья из-за Вашей национальности?

- Как Вы выучили русский? Вы чаще говорите на русском или на Вашем родном языке? Как Вы оцениваете свою способность говорить по-русски?

- Как Вы проводите свободное время? Посещаете ли Вы городские мероприятия? Ходите в кино/ театр/ клубы/ на концерты/ в музеи/ другие учреждения?

- Знакомы ли Вы с местами, где популяризируется Ваша культура (национальные кафе, магазины, мероприятия)? Посещаете их?

- Знакомы ли Вы с русскими традициями, праздниками?

- Хотели бы Вы переехать в Россию и жить здесь постоянно? Почему?

7) Доступ к медицинским услугам.

- Как Вы оцениваете своё состояние здоровья?

- Вы курите? Употребляете ли алкоголь? Как часто? А Ваши друзья?

- Приходилось ли вам обращаться за медицинской помощью во время пребывания в России? Платно/ бесплатно? Использовали ли Вы полис ДМС? Были ли какие-либо проблемы с получением медицинской помощи? (Примеры) Если Вы обращались в медицинские учреждения, что Вы можете сказать об отношении врачей к Вам? Как Вы оцениваете общее качество медицинского обслуживания, которое Вы получили?

- Что Вы обычно делаете, когда чувствуете себя плохо? Куда Вы обращаетесь за помощью? Что делают Ваши знакомые, когда болеют?

- Где Вы получаете информацию о медицинской помощи в России? (к какому специалисту обратиться, чем лечится)

- Что Вы считаете препятствиями для получения медицинской помощи, когда она Вам нужна?

- Посещаете ли Вы врачей во время поездок на родину?

8) Религиозные практики.

- Вы считаете себя религиозным человеком?

- Каких религиозных практик вы придерживаетесь? (намаз, посещение мечетей, соблюдение поста)

- Какие праздники вы отмечаете?

- Читаете ли Вы Коран? Приходилось ли вам читать какую-либо другую религиозную литературу? Какую?

- Есть ли отличия от Вашей религиозной жизни на родине?

- Соблюдаете ли вы национальные обычаи и традиции вашей родины?

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

АНКЕТА ДЛЯ ОПРОСА МИГРАНТОВ

Уважаемый респондент!

В рамках магистерской диссертации студентка Факультета социологии Санкт-Петербургского Государственного университета проводит опрос, чтобы узнать, какие проблемы возникают с получением медицинской помощи у трудовых мигрантов в России

Данная анкета анонимна. Результаты будут использованы в обобщённом виде и лишь для научных целей.

Пожалуйста, прежде чем ответить, внимательно прочтите вопрос анкеты и выберете тот вариант, который наиболее точно соответствует Вашему мнению.

1. Как Вы оцениваете своё состояние здоровья?

- a) Хорошее
- b) Удовлетворительное
- c) Плохое

2. Во время проживания на родине в каком случае Вы обычно обращались к врачу?

- a) при малейшем недомогании
- b) когда в течение нескольких дней плохо себя чувствую
- c) в случае тяжелой болезни
- d) не обращался

3. В период проживания в России что Вы делаете, когда плохо себя чувствуете? (можно отметить несколько вариантов)

- a) Хожу к врачам в целях профилактики и выполняю их рекомендации
- b) Иду к врачу только когда возникает острая необходимость
- c) Принимаю лекарства по совету знакомых
- d) Принимаю лекарства, о которых узнаю из рекламы или в Интернете
- e) Покупаю лекарства по совету фармацевта в аптеке
- f) Ничего, стараюсь перетерпеть

4. Пользовались ли Вы медицинской помощью в России за последний год?

- a) Да, бесплатной
- b) Да, платной
- c) Да, платной и бесплатной
- d) Нет, не было необходимости
- e) Нет, лечусь сам, так как нет возможности обратиться к врачу

5. Использовали ли Вы страховку (полис ДМС – Добровольного Медицинского Страхования) для получения медицинской помощи в России?

- a) Да
- b) Нет

6. Приходилось ли Вам при болезни откладывать лечение до возвращения на родину из-за невозможности получить лечение в России?

- a) Да
- b) Нет

7. Есть ли среди Ваших соотечественников в России знакомые с медицинским образованием, к которым Вы можете обратиться при плохом самочувствии?

- a) Да
- b) Нет

8. Какие препятствия или проблемы, связанные с получением медицинской помощи в России, у Вас возникали? (можно отметить несколько вариантов)

- a) Не хватало денег для оплаты услуг врача
- b) Нет времени на посещение врача
- c) Негативное отношение со стороны медицинского персонала
- d) Проблемы с документами
- e) Плохое знание русского языка
- f) Не было проблем
- g) Другое (укажите) _____

9. Укажите возрастную группу, к которой Вы принадлежите.

- a) от 18 до 25
- b) от 26 до 35
- c) от 36 до 45
- d) от 46 до 55
- e) от 56 до 65
- f) свыше 65

10. Из какой страны Вы приехали в Россию?

- a) Кыргызстан
- b) Узбекистан
- c) Таджикистан
- d) Туркменистан

11. Каково Ваше материальное положение в настоящее время?

- a) Могу покупать всё необходимое и делать сбережения
- b) Могу покупать всё необходимое, но делать сбережения не удастся
- c) Денег хватает только на необходимое (еду, одежду и т.п.)
- d) Денег не хватает даже на самое необходимое (еду, одежду и т.п.)

12. Укажите уровень Вашего образования.

- a) Ниже среднего (не окончили среднюю школу)
- b) Среднее (школа)
- c) Среднее специальное (училище, колледж, техникум)
- d) Неоконченное высшее
- e) Высшее (институт, университет)

Благодарю Вас за помощь, оказанную в проведении исследования!